

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO

INCLUSÃO DE REQUISITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO
COMPONENTE ASSISTENCIAL DO PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA
ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO
***Aedes Aegypti*, DA SES DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2022

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO

**INCLUSÃO DE REQUISITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO
COMPONENTE ASSISTENCIAL DO PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA
ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO
Aedes Aegypti, DA SES DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, para obtenção do grau de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientadora: Dra. Marília Santini de Oliveira

Rio de Janeiro
2022

Braga de Mello, Claudia Maria.

Inclusão de requisitos de segurança do paciente no componente assistencial do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes aegypti*, da SES do Rio de Janeiro / Claudia Maria Braga de Mello. - Rio de Janeiro, 2022 .

154 f.; il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, 2022 .

Orientadora: Marilia Santini de Oliveira .

Bibliografia: f. 61-67

1. segurança do paciente . 2. plano de segurança do paciente . 3. plano de contingência . 4. qualidade da assistência à saúde . I. Título.

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO

**INCLUSÃO DE REQUISITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO
COMPONENTE ASSISTENCIAL DO PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA
ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO
Aedes Aegypti, DA SES DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, para obtenção do grau de Mestre em Pesquisa Clínica.

Rio de Janeiro, 29 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Valdilea Veloso
Doutora em Saúde Pública
Fiocruz

Prof. Rivaldo Cunha
Doutor em Medicina Tropical
Fiocruz

Prof. Mario Sergio Ribeiro
Doutor em Saúde Coletiva
UFRJ

Dedico a construção deste projeto a minha amada Mãe Ayra (*in memoriam*), que sempre me estimulou, ajudou e me deu a certeza de que Eu seria capaz, e a todos os doentes que sempre serão o amor de alguém.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz, ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, na figura de nossos Coordenadores do Curso, pela acolhida e exemplar condução de nosso curso, apesar dos momentos delicados que passamos com a pandemia da COVID-19 durante o percurso de nossa jornada.

Agradecida aos membros da banca examinadora, por terem aceitado participar desse momento marcante da minha carreira profissional, queridos Dra. Valdilea, Dr. Rivaldo, Dr. Mário Sergio e Dra. Silvia Cristina.

A minha orientadora, Dra. Marília Santini, que me apoiou e me conduziu a buscar o desejo do meu título de Mestre.

Aos meus familiares pelo apoio irrestrito a todas as minhas iniciativas profissionais, aos meus Pais pelo apoio da vida toda, à minha irmã Angélica pela parceria de sempre e ao meu irmão Victorino, que me ensinou os primeiros passos na Medicina.

Duas pessoas foram fundamentais e me fortaleceram para chegar até aqui, são eles: Dr. Alexandre O. Chieppe e Dr. Mário Sergio Ribeiro. Ambos, por incentivo e determinação, me estimularam a enfrentar essa jornada de aprendizado, me apresentando a importância e oportunidade ímpar de crescimento profissional, amigos da Secretaria de Estado de Saúde que levo para a vida.

À Dra. Maria de Lourdes de Moura, que estimulou a militância pela temática da Segurança do Paciente, e ao saudoso Dr. Walter Mendes (*in memoriam*), que me introduziu no caminho acadêmico do mesmo tema.

Ao meu marido, Dr. Mario Cavalcanti, pelo apoio e pela paciência que nunca falharam.

Agradeço, em particular, aos nossos pacientes, que são a razão de todos os nossos esforços.

Por fim, gratidão a Deus, autor e consumidor da nossa fé, que nos dá a motivação e a força necessárias na trajetória de nossos objetivos, com foco em sempre buscar o melhor em nossas vidas, o que inclui o contexto do nosso trabalho, e em nossa busca de servir ao próximo.

“Não podemos modificar a condição humana, porém podemos modificar as condições em que nós humanos trabalhamos”. (James Reason)

MELLO, Claudia Maria. **Inclusão de requisitos de Segurança do Paciente no Componente Assistencial do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes aegypti*, da SES do Rio de Janeiro.** 2022. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

Durante a leitura em revisão ao Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas Transmitidas pelo *Aedes aegypti* (PCEA) do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), do ano de 2018–2019 e da atual versão 2022-2024, elaborados pela Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ), verificou-se a ausência da inclusão integrada das preocupações em promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente, através de objetivos e ações direcionadas a ela. O PCEA possui por finalidade a construção estratégica para responder ao cenário entomo-epidemiológico nos territórios do ERJ, frente à Dengue e a outras arboviroses urbanas. Assim, a proposta desta pesquisa toma como base o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a sua normatização, focando na ampliação da segurança dos pacientes em momentos de epidemia, incluindo requisitos básicos e imprescindíveis à promoção de melhorias relacionadas à qualidade do cuidado e à Segurança do Paciente no PCEA da SES RJ. No presente estudo de intervenção qualitativa, a metodologia utilizada foi análise documental com pesquisa a partir de documentos, atuais ou retrospectivos, e revisão de literatura. O objetivo principal é a incorporação de requisitos básicos da temática de Segurança do Paciente no PCEA, tendo como bases fundamentais as normas legais nacionais (Port. nº 529/2013 e Resolução-RDC nº 36/2013) e os princípios processuais de instituições acreditadoras em saúde. Tal integração trará reflexo de melhoria em qualidade e promoção de barreiras, com o objetivo de diminuir riscos, incidentes e eventos adversos nas ações na assistência à população realizadas em cenário de calamidade, pois é em momentos de crise que mais devemos perceber os riscos e propor ações para mitigá-los. Em pesquisa no Google Acadêmico, na Biblioteca Virtual de Saúde e na Scielo, não foi localizada publicação que nos auxiliasse com relação à existência de experiências de Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses que contivesse elementos incluindo o tema Segurança do Paciente. Com isso, elaborou-se a proposta de inclusão da temática, através de Plano Estratégico de Ações de Melhorias para Segurança do Paciente, a ser inserido no PCEA da SES RJ e nos planos das 92 Secretarias Municipais de Saúde do ERJ.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Planos de Segurança do Paciente; Planos de Contingência; qualidade da assistência à saúde.

MELLO, Claudia Maria. **Inclusion of Patient Safety requirements in the Care Component of the Contingency Plan to Combat Urban Arboviruses Transmitted by *Aedes aegypti*, from the SES of Rio de Janeiro.** 2022. Dissertation (Professional Master's) – National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

During the reading in a review of the Contingency Plan to Combat Urban Arboviruses Transmitted by *Aedes aegypti* (PCEA) of the State of Rio de Janeiro, for 2018-2019, and in the current version 2022-2024, prepared by the Undersecretariat of Surveillance and Primary Health Care (SUBVAPS) of the State Department for Health of Rio de Janeiro (SES RJ), there was a lack of integrated inclusion of concerns to promote and support the implementation of initiatives aimed at patient safety, through objectives and actions directed to it. The purpose of the PCEA is to build a strategic response to the entomo-epidemiological scenario in the territories of the ERJ, against Dengue and other urban arboviruses. Thus, the proposal of this project is based on the National Patient Safety Program (PNSP) and its regulation, focusing on expanding patient safety in times of epidemic, including primary and essential requirements for the promotion of improvements related to the quality of care and patient safety, in the PCEA of the State Department Health of Rio de Janeiro. In this qualitative intervention project, the methodology used was document analysis with research from documents, current or retrospective, and literature review. The main objective is the incorporation of basic requirements of the subject of patient safety in the PCEA, having as fundamental bases the national legal norms (Port. n° 529/2013 e Resolution-RDC n° 36/2013) and procedural principles of health accreditation institutions. Such integration will reflect improvement in quality and the promotion of barriers, with the objective of reducing risks, incidents, and adverse events in the actions carried out in the assistance to the population in a calamity scenario, because it is in times of crisis that we must most perceive risks and propose measures to mitigate them. In a search on Google Scholar, Virtual Health Library and Scielo, no publication was found that would help us regarding the existence of contingency plan experiences to deal with arboviruses that contained elements including the topic of patient safety. With this, a proposal for inclusion of the theme was elaborated through a strategic plan to improve patient safety, to be inserted in the PCEA of SES RJ and the plans of the 92 Municipal Health Departments of the ERJ.

Keywords: patient safety; patient safety plans; Contingency Plan; quality of health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial Dengue versus Zika versus Chikungunya.....	19
Quadro 2 – Lista consolidada de requisitos básicos a partir da Resolução-RDC nº 36/2013..	38
Quadro 3 – Estrutura do Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais – versões 2010 e 2021 (atual)	40
Quadro 4 – Estrutura do Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, da Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA), versões 2013-2017 e 2018-2022 (atual)	42
Quadro 5 – Requisitos de Segurança do Paciente dos manuais de acreditação da ONA (versão 2018-2022) e da Joint Commission International (versão 2021), representado pelo CBA	44
Quadro 6 – Requisitos de Segurança do Paciente, quando avaliadas as bases das estruturas dos Manuais de Acreditação da JCI/CBA e da ONA, selecionados como aplicáveis a ambientes de prestação de assistência à saúde tipo CHs.....	46
Quadro 7 – Proposta de alteração do quadro 2 da versão atual do PCEA da SES RJ	49
Quadro 8 – Proposta de alteração do quadro 3 da versão atual do PCEA da SES RJ	51
Quadro 9 – Proposta de inclusão do quadro 4 na versão atual do PCEA da SES RJ: Plano Estratégico de ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação, modelo básico	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Itens que compõem um kit para o Centro de Hidratação – insumos e mobiliários (versão 2013).....	24
Tabela 2 – Itens que compõem um kit para o Centro de Hidratação – medicamentos (versão 2013)	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOP	Avaliação de Pacientes
APR	Requisitos para Participação na Acreditação
ASC	Anestesia e Cuidados Cirúrgicos
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CH	Centro de hidratação
CHIKV	Vírus Chikungunya
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS	Coordenação de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COP	Cuidados com os Pacientes
DENV	Vírus Dengue
EA	Evento adverso
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
ECSA	Leste-Centro-Sul Africano
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Gerenciamento das Instalações e Segurança
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
HRP	Programas de Pesquisa com Seres Humanos
GLD	Governança, Liderança e Direção
GT	Grupo Técnico
INI	Instituto Nacional de Infectologia
IOL	Linhagem do Oceano Índico
IOM	Instituto de Medicina
IPSG	Metas Internacionais de Segurança do Paciente
JCI	Joint Commission International
MMU	Gerenciamento e Uso de Medicamentos
MOI	Gerenciamento da Informação

MPE	Educação Médica Profissional
MPPC	Mestrado Profissional de Pesquisa Clínica
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OAC	Organismos de Avaliação da Conformidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PC	Plano de Contingência
PCC	Cuidado Centrado no Paciente
PCEA	Plano de Contingência ao Enfrentamento das Arboviroses Urbanas
PCI	Prevenção e Controle de Infecções
PEAMSP	Plano Estratégico de Ações de Melhorias para Segurança do Paciente
PIE	Período de Incubação Extrínseco
PII	Período de Incubação Intrínseco
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente
QPS	Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SIEVS	Superintendência de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Segurança do Paciente
SQE	Qualificação e Educação de Profissionais
SVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
SUBVAPS	Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária
ZIKV	Vírus Zika

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	ARBOVIROSES	14
1.2	AS ARBOVIROSES: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA	14
1.2.1	Características gerais	14
1.2.2	Agentes etiológicos	15
1.2.3	Métodos de transmissão	16
1.2.4	Período de incubação e transmissibilidade	16
1.2.5	Manifestações clínicas	17
1.3	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	20
1.4	SEGURANÇA DO PACIENTE	28
2	JUSTIFICATIVA	32
3	OBJETIVOS	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
4	METODOLOGIA	34
5	RESULTADOS	36
5.1	ACHADOS DA BUSCA NA LITERATURA GERAL SOBRE PLANOS DE CONTINGÊNCIA E PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO <i>Aedes Aegypti</i> DA SES DO RIO DE JANEIRO (PCEA), ATUALIZAÇÃO 2022-2024.....	36
5.2	NORMAS LEGAIS NACIONAIS FRENTE À SEGURANÇA DO PACIENTE	37
5.2.1	Lista consolidada de requisitos básicos a partir da Resolução-RDC nº 36/2013..	38
5.3	ACHADOS FRENTE À AVALIAÇÃO ATUALIZADA DAS ESTRUTURAS DOS MANUAIS DE ACREDITADORAS EM SAÚDE MAIS ATUANTES NO BRASIL	39
5.3.1	Manual de Acreditação Joint Commission internacional, representado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (JCI/CBA) – versões de 2010 e de 2021	40
5.3.2	Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA) – versões de 2013–2017 e 2018–2022	42
5.3.3	Achado comparativo das estruturas dos manuais atualizados das Organizações acreditadoras ONA e JCI/CBA	43

5.3.4	Requisitos fundamentais de Segurança do Paciente	45
5.3.5	Seleção de requisitos de Segurança do Paciente, selecionados a partir do quadro 6, identificados como aplicáveis aos CHs.....	46
5.4	REVISÃO DA DELIBERAÇÃO CIB Nº 3.801/2016 SES RJ, PARA INCLUSÃO DE REQUISITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	53
6	DISCUSSÃO.....	54
7	CONCLUSÃO	58
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A – PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS CAUSADAS PELO Aedes Aegypti, VERSÃO 2022-2024. COMPONENTE ASSISTÊNCIA: ATUALIZAÇÃO.....	68
	APÊNDICE B – PLANO ESTRATÉGICO DE AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (PEAMSP) NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO, MODELO BÁSICO.....	78
	APÊNDICE C – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº XXX DE XX DE XXX DE 2022, PROPOSTA.....	79
	ANEXO A – PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO Aedes Aegypti, DA SES DO RIO DE JANEIRO, VERSÃO 2022-2024.....	88
	ANEXO B – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 3.801, DE 14 DE JULHO DE 2016	142
	ANEXO C – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 6.926, DE 11 DE AGOSTO DE 2022.....	146

1 INTRODUÇÃO

1.1 ARBOVIROSES

No que diz respeito à saúde pública, as arboviroses têm gerado grande preocupação global em decorrência das variações de sorotipos de Dengue, da alteração da dinâmica populacional de hospedeiros e vetores ou dos fatores ambientais (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017). No contexto epidemiológico brasileiro, os arbovírus de maior circulação são Dengue, Chikungunya e Zika, embora existam outros com potencial de disseminação no país (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017). Assim, o presente estudo trabalhará com esses arbovírus em questão. As **arboviroses** que afetam os seres humanos são, na sua maioria, classificadas como zoonoses (LIMA-CAMARA, 2016).

O termo **arboviroses** foi criado em 1930 e se refere às doenças causadas por arbovírus, que são vírus transmitidos pela picada de artrópodes hematófagos, como o *Aedes aegypti*, mosquito responsável pela transmissão no Brasil dos vírus da Dengue, da Chikungunya e da Zika. As arboviroses transmitidas por esse mosquito representam alguns dos principais problemas de saúde pública no mundo (BRASIL, 2021).

As manifestações clínicas das citadas arboviroses podem variar de doença febril leve a síndromes febris hemorrágicas, articulares e neurológicas. De forma geral, os quadros graves são descobertos após circulação viral em grandes epidemias, gerando impactos imprevisíveis na morbidade e na mortalidade (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017). Esses impactos se intensificam à medida que as epidemias pressupõem número elevado de indivíduos acometidos, casos graves e implicações sobre os serviços de saúde, principalmente diante da ausência de tratamento, vacinas e medidas efetivas de prevenção e controle (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017).

1.2 AS ARBOVIROSES: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

1.2.1 Características gerais

A Dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas e possui como agente etiológico o vírus Dengue (DENV), que apresenta quatro sorotipos. A Chikungunya é

causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), um arbovírus artritogênico amplamente distribuído no Brasil. O CHIKV é transmitido pela picada de mosquitos do gênero *Aedes*: *A. aegypti* e *A. albopictus*. O vírus Zika (ZIKV) é um arbovírus, cujos modos de transmissão, além do vetorial e sexual, incluem transfusão de sangue e transplante de órgãos (BRASIL, 2021).

O cenário epidemiológico do Brasil, caracterizado pela circulação simultânea dos quatro sorotipos do vírus Dengue e dos vírus Chikungunya e Zika, representa um grande desafio tanto para a assistência quanto para a vigilância nas suas ações de identificação de casos suspeitos, no diagnóstico precoce e no desencadeamento das ações de prevenção e controle. Estima-se que três bilhões de pessoas estejam sob o risco de contrair a doença e que ocorram, anualmente, 390 milhões de infecções e vinte mil mortes (BRASIL, 2021).

1.2.2 Agentes etiológicos

Os DENV, CHIKV e ZIKV são arbovírus, assim denominados não somente por sua veiculação através de artrópodes, mas também, principalmente, pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

Os DENV, CHIKV e ZIKV são vírus de RNA do gênero *Flavivirus*, pertencente à família Flaviviridae, que inclui também o vírus da febre amarela. Com relação ao DENV, até o momento, são conhecidos quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, cada um apresentando distintos genótipos e linhagens (PINHO *et al.*, 2015).

O CHIKV pertence ao gênero *Alphavirus*, da família Togaviridae, e possui quatro genótipos: Oeste Africano, Leste-Centro-Sul Africano (ECSA), Asiático e Linhagem do Oceano Índico (IOL). No Brasil, até o momento, foram detectadas as linhagens Asiática e ECSA (PETERSEN; POWERS, 2016). Quanto ao ZIKV, até o momento, são conhecidas e descritas duas grandes linhagens do vírus: asiática e africana, sendo esta última subdividida em dois subtipos (FABRI, 2018).

1.2.3 Métodos de transmissão

Os três arbovírus podem ser transmitidos ao homem por via vetorial, vertical e transfusional. A principal forma é a vetorial, que ocorre pela picada de fêmeas infectadas de *A. aegypti* (LOPES; NOZAWA; LINHARES, 2014).

Para o DENV, o CHIKV e o ZIKV, existem registros de transmissão vertical em humanos (gestante-feto). Com relação à Dengue, os relatos dessa via de transmissão são raros. Na Chikungunya, a transmissão perinatal pode ocorrer em caso de gestantes virêmicas, muitas vezes provocando infecção neonatal grave. No entanto, estudos apontam que a transmissão vertical do CHIKV é rara, ocorrendo antes da 22ª semana de gestação. Com relação à Zika, a transmissão vertical pode ocorrer em diferentes idades gestacionais e resultar em amplo espectro de malformações no feto, incluindo aborto (BRITO; CORDEIRO, 2016; YIN; ZHONG; PAN, 2016).

1.2.4 Período de incubação e transmissibilidade

O processo de transmissão compreende um período de incubação intrínseco (PII), que ocorre no ser humano, e outro extrínseco, que acontece no vetor. Esses períodos se diferenciam de acordo com o vírus envolvido na transmissão e, no caso do período de incubação extrínseco (PIE), também em função da temperatura ambiente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016), com relação ao DENV, o PII pode variar de quatro a dez dias. Após esse intervalo temporal, inicia-se o período de viremia no homem, que geralmente começa um dia antes do aparecimento da febre e se estende até o quinto dia da doença.

O PII do CHIKV pode variar de um a doze dias. O período de viremia no homem pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes do aparecimento dos sintomas (BRASIL, 2015a).

O PII do ZIKV é de dois a sete dias, em média. Estima-se que o período de viremia no homem se estende até o quinto dia do início dos sintomas (OPAS, 2017). O vetor *A. aegypti* pode se infectar ao picar uma pessoa contaminada no período virêmico, dando início ao PIE.

Esse período corresponde ao tempo decorrido desde a ingestão de sangue virêmico pelo mosquito suscetível até o surgimento do vírus na saliva do inseto (OMS, 2009).

Com relação ao DENV e ao ZIKV, o PIE varia de oito a quatorze dias; para o CHIKV, o período é menor, de três a sete dias. O período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. Após o PIE, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (seis a oito semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para o homem (OPAS, 2017).

Nos últimos anos, a incidência de doenças causadas por arbovírus apresentou um aumento global relevante (GOULD *et al.*, 2017), que está correlacionado a fatores como dispersão mais rápida e geograficamente mais extensiva dos vírus em razão do crescimento intensivo dos sistemas de transporte globais, adaptação dos vetores à urbanização crescente, incapacidade de conter a população de mosquitos e alterações em fatores ambientais (GOULD *et al.*, 2017). Além dos fatores que favorecem a dispersão das doenças, o Brasil representa um país com condições ambientais ótimas para a permanência e a disseminação de mosquitos vetores, como o *A. aegypti* (GREGIANINI *et al.*, 2017).

1.2.5 Manifestações clínicas

As arboviroses urbanas, por compartilharem diversos sinais clínicos semelhantes e pela dificuldade da suspeita inicial pelo profissional de saúde, podem dificultar a adoção de manejo clínico adequado e, conseqüentemente, predispor à ocorrência de formas graves, levando eventualmente a óbitos (CALVO *et al.*, 2016; RIO DE JANEIRO, 2021).

A Dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar um amplo espectro clínico, variando de casos assintomáticos a graves. No curso da doença, em geral debilitante e autolimitada, pode haver três fases clínicas: febril, crítica e de recuperação. A maioria dos pacientes apresenta evolução clínica benigna e se recupera; no entanto, uma parte pode evoluir para formas graves, inclusive óbitos (BRASIL, 2021).

Com relação às infecções por Chikungunya, estudos revelam que grande parcela de indivíduos acometidos apresenta manifestações clínicas. A doença no paciente pode evoluir em três fases: febril ou aguda, pós-aguda e crônica. A fase aguda da doença tem duração de cinco a quatorze dias. A pós-aguda tem um curso de até três meses. Se os sintomas persistirem por mais de três meses após o início da doença, considera-se instalada a fase

crônica. Em importante parcela, cerca de cinquenta por cento dos casos, a artralgia torna-se crônica e é capaz de persistir por anos. Alguns pacientes podem apresentar casos atípicos e graves da doença, podendo evoluir para óbito com ou sem outras doenças associadas, sendo considerado óbito por Chikungunya (BRASIL, 2021).

A infecção pelo ZIKV pode ser assintomática ou sintomática. O período de incubação da doença varia de dois a sete dias, e mais de cinquenta por cento dos pacientes infectados por Zika tornam-se sintomáticos.

Em muitos casos, a doença é autolimitada, durando cerca de quatro a sete dias, e pode estar acompanhada comumente das seguintes manifestações: febre baixa ($\leq 38,5^{\circ}\text{C}$) ou ausente, exantema (geralmente pruriginoso e maculopapular craniocaudal) de início precoce, conjuntivite não purulenta, artralgias, edema periarticular, cefaleia, linfonodomegalia, astenia e mialgia. Gestantes infectadas, mesmo as assintomáticas, podem transmitir o vírus ao feto. Essa forma de transmissão da infecção pode resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou malformações congênitas. Deve-se ficar atento para o aparecimento de quadros neurológicos (BRASIL, 2021).

O cenário epidemiológico da Dengue no Brasil vem sendo caracterizado pela circulação simultânea dos quatro sorotipos do DENV e tem sido acompanhado por um importante número de casos graves e óbitos muitas vezes evitáveis. A introdução do CHIKV e do ZIKV no Brasil, em 2014 e 2015, respectivamente, com ampla dispersão pelo país, vem dificultando a suspeita e o diagnóstico clínico diferencial dessas três arboviroses, tornando essa situação ainda mais desafiadora.

São necessários avaliação comparativa e treinamento das equipes para qualificação da percepção das diferenças, ainda de maior relevância em momento de incremento de caso, como nas epidemias. O quadro 1 mostra um comparativo entre as três arboviroses, para avaliação de diagnóstico diferencial (BRASIL, 2019).

No Brasil, as diferenças sociais e o acesso aos sistemas de saúde influenciam nas distribuições geográficas das arboviroses (LESSER; KITRON, 2016). A exemplo, a grande concentração de cidadãos moradores em habitações precárias pode resultar em aumento de incidência de arboviroses, como acontece em bairros menos privilegiados, inclusive em grandes capitais, como São Paulo e Rio de Janeiro, uma vez que o nível de infraestrutura das moradias, do acesso ao saneamento básico e à água encanada tratada são fatores intimamente ligados ao aparecimento de criadouros dos vetores (LESSER; KITRON, 2016).

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial Dengue versus Zika versus Chikungunya

Sinais/sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	Febre alta (>38°C)	Sem febre ou febre baixa ≤38°C)	Febre alta (>38,5°C)
Duração	2-7dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia (3 ao 6 dia)	Surge no 1º ou 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia
Mialgias (frequência)	+ + +	+ +	+ +
Artralgia (frequência)	+	++	+ + +
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50 a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+ + +	+ +	+ +
Linfonomegalia	+	+++	+ +
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	+ +
Leucopenia	+++	++	+ +
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+ + +	+	+ +

Fonte: Brasil (2019).

Dos mecanismos de controle e redução das arboviroses no Brasil, no caso de mosquitos, são ressaltados métodos como as campanhas de conscientização sobre os possíveis criadouros de vetores, inclusive com participação da população, estudos e treinamentos de sinais clínicos para assistência precoce, além de uso de produtos químicos para diminuir a população circulante (LESSER; KITRON, 2016). Porém, há de se pontuar os desafios a serem enfrentados, relacionados com a infraestrutura nos processos de urbanização, no crescimento populacional, na degradação ambiental, nas desigualdades sociais e no acesso ao sistema de saúde para realização de tratamentos integrados conjuntamente aos sistemas de monitoramento de vigilância epidemiológica para prevenção dos possíveis surtos.

O aumento da incidência das arboviroses como Dengue, Chikungunya e Zika aumenta a demanda hospitalar brasileira inclusive devido à associação delas a novas patologias sintomáticas, como no caso das síndromes microcefalia e a de Guillain-Barré, agravadas durante o período de surto da epidemia de febre Zika vírus em 2015-2016, que deixou sequelas na população e no Sistema Único de Saúde (SUS) (LESSER; KITRON, 2016).

1.3 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Historicamente, as ações de controle do *A. aegypti* são definidas pelo Ministério da Saúde (MS), haja vista a complexidade que envolve os diferentes determinantes sobre sua alta infestação no país. Essas ações exigem medidas orquestradas pelo órgão federal, sobretudo aquelas de grande impacto financeiro, por serem necessárias adequações na estrutura e na organização urbanas, requerendo um alinhamento multissetorial para fazer frente às mudanças na forma de organização da sociedade. Entretanto, também há ações que podem ser executadas de forma simples e não dependem diretamente da atuação dos órgãos públicos, seja no âmbito dos espaços privados, seja no âmbito dos espaços coletivos, pois só exigem um engajamento da sociedade para eliminação de criadouros que favoreçam a proliferação do vetor.

Em estudo de revisão não sistemática da literatura publicada em 2016, Zara *et al.* (2016) relacionaram um conjunto de estratégias utilizadas atualmente para o controle do *A. aegypti*. Descreveram, portanto, as principais estratégias de controle desse mosquito, com ênfase nas inovações tecnológicas promissoras para utilização no Brasil., destacando os diferentes mecanismos de atuação sobre o vetor.

Entre as estratégias disponíveis e considerando os tempos modernos, no qual se priorizam métodos que geram menor impacto possível sobre o ambiente, para evitar desequilíbrio nos vários ecótopos onde o *A. aegypti* tem encontrado condições para sua manutenção e perpetuação no convívio com a espécie humana, o estudo destaca o uso da *Wolbachia*, “uma espécie de bactéria simbiote intracelular, inofensiva ao homem e a animais domésticos, encontrada naturalmente em mais de 60% dos insetos” (WALKER, 2011 apud ZARA *et al.*, 2016, p. 395). Essas bactérias foram recentemente introduzidas no *A. aegypti*, uma espécie naturalmente livre de *Wolbachia* e vetor primário do vírus da Dengue. A *Wolbachia* está sendo usada atualmente como ferramenta biológica para controlar a transmissão da dengue em diversos países, incluindo o Brasil (ZARA *et al.*, 2016). É uma estratégia limpa, sustentável e promissora, que, segundo pesquisa recente, “pode invadir e se espalhar para infectar todos os indivíduos dentro de populações de mosquitos selvagens, mas

requer uma alta taxa de transmissão materna, forte incompatibilidade citoplasmática e baixos custos de aptidão no hospedeiro para fazê-lo” (DUTRA *et al*, 2015, p. 1, tradução nossa)¹.

Atualmente, o MS tem uma ação de implantação da estratégia com uso da *Wolbachia* em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde está instalada uma unidade de reprodução de mosquitos infectados com a bactéria, e vem realizando a soltura deles, em alguns bairros das cidades de Niterói e Rio de Janeiro, como projeto-piloto para avaliação de sua expansão para os demais municípios do país.

A Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro (SES RJ), desde 2012, entendendo e atendendo as orientações ministeriais já publicadas desde a Portaria nº 2.124, de 25 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), de responsabilidade do MS e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e que estabeleceu em seu art. 1º a proposta de elaboração de Plano de Contingência de Abrangência Nacional a ser executado de forma compartilhada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para a organização da assistência aos pacientes com Dengue, definiu pela necessidade da constituição de um Grupo Técnico (GT) de Dengue no Estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Foi então publicada a Resolução SES nº 383, de 11 julho de 2012 (RIO DE JANEIRO, 2012, n. p.), que “dispõe sobre o Grupo Técnico de Dengue do estado do Rio de Janeiro” e considera que a prevenção e o controle da Dengue requerem uma indução pelo Estado para a organização e a mobilização permanente dos municípios, visando à manutenção do estado de alerta e à efetiva ação na supressão de criadouros do mosquito *A. aegypti* por parte de todos que sofrem com esse grave problema de saúde pública, bem como à manutenção da estrutura de suporte para assistência aos pacientes com Dengue, entre outras ações de relevância para minimização do problema, e à necessidade de um plano integrado com a participação das áreas técnicas da SES RJ no controle e no combate ao vetor, assim como na assistência aos pacientes.

No mesmo sentido, houve ainda a pactuação, por Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 2.201, de 9 de maio de 2013 (RIO DE JANEIRO, 2013), a qual “aprova as ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do estado do Rio de Janeiro”, que, entre outros itens, deliberou a necessidade de elaboração de Plano de Contingência de Dengue, aprovado pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde, o qual deveria ser encaminhado a SES RJ. Esta, por sua vez, deveria analisar e orientar os municípios sobre adequações nos respectivos Planos de Contingência (PC), caso necessário.

¹ Can invade and spread to infect all individuals within wild mosquito populations, but requires a high rate of maternal transmission, strong cytoplasmic incompatibility and low fitness costs in the host in order to do so.

Nessa fase, os planos deveriam ser revisados anualmente; em deliberações futuras, passariam a ter sua rotina de vigência bianual.

A partir da Deliberação CIB-RJ nº 3.801, de 14 julho de 2016 (RIO DE JANEIRO, 2016), em função da introdução de outras arboviroses transmitidas pelo *A. aegypti*, publicou-se o seguinte: “pactua as ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* no âmbito do estado do Rio de Janeiro”, pois foram consideradas as mais recentes necessidades do planejamento de ações integradas no controle do *A. aegypti*, bem como na organização da rede assistencial para prestação de serviço de forma ordenada.

Assim, a denominada na época Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) da SES RJ, atualmente designada Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS) da SES RJ, devido à inclusão da Superintendência de Atenção Primária à Saúde no organograma da SVS, elaborou em 2013 a sua primeira versão do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* (RIO DE JANEIRO, 2014), que vem sendo atualizado de acordo com o cenário epidemiológico para ordenar e apoiar uma construção coletiva com um instrumento base norteador dos componentes definidos pelo MS.

O Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses urbanas (PCEA) transmitidas pelo *Aedes aegypti* da SUBVAPS da SES RJ busca definir ações estratégicas para responder ao cenário entomo-epidemiológico nos territórios do ERJ. Seu objetivo geral é “reduzir a morbimortalidade às arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*” (RIO DE JANEIRO, 2022b). Tal estratégia objetiva preparar o SUS do ERJ a responder aos efeitos da sazonalidade da Dengue e de outras arboviroses, aprimorando a possibilidade de resposta dos equipamentos públicos de saúde e promovendo maior segurança e agilidade ao atendimento da população nesse período.

Os PCEAs das Secretarias de Estado de Saúde são baseados em um documento elaborado pelo MS, o Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue (BRASIL, 2015b), cuja versão mais atual é de 2015. O intuito da União é auxiliar na resposta às epidemias, cujas consequências podem provocar sérios danos às pessoas, ao meio ambiente e à economia dos entes integrantes do SUS.

Dois documentos nortearam a elaboração do Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue do MS (BRASIL, 2015b): as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009) e as Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou de Epidemia de Dengue (BRASIL, 2013b). Esses documentos foram elaborados para orientar estados e municípios na

implantação das ações que promovam assistência adequada ao paciente, organização das atividades de controle do vetor, vigilância epidemiológica e ações de comunicação.

A partir das pactuações já citadas na Deliberação CIB-RJ nº 2.201/2013 (RIO DE JANEIRO, 2013) e na Deliberação CIB-RJ nº 3.801/2016 (RIO DE JANEIRO, 2016), a SES RJ iniciou o apoio as Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) na implantação de centros de hidratação (CHs) destinados a pacientes com suspeita de Dengue, Chikungunya ou Zika.

Nesse sentido, técnicos da SES RJ avaliam a necessidade de suporte assistencial durante os processos epidêmicos, apoiando a implantação dos CHs, inclusive com treinamento da equipe técnica local, no que diz respeito ao fluxo de acolhimento, ao atendimento e ao manejo clínico adequado. Há ainda apoio na organização da rede de serviços de saúde e no estabelecimento de protocolos clínicos, definindo o estadiamento dos pacientes e os sistemas de referência e contrarreferência, e ampliando a possibilidade ao atendimento oportuno e qualificado ao doente, na busca de se evitar a ocorrência de formas graves e óbitos.

Os CHs somente são implantados mediante solicitação da SMS e após avaliação do GT Arboviroses e da SUBVAPS da SES RJ. Tal avaliação se efetiva com base no cenário epidemiológico do território e da oferta assistencial disponível. Cabe ainda à SES RJ o fornecimento de insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação dos CHs nos locais previamente definidos nos respectivos Planos de Contingência.

Os CHs são centros de retaguarda de atendimento para urgência e emergência, cujo funcionamento se faz em regime de 24h. O acolhimento possui classificação de risco de acordo com a gravidade da doença. A principal atividade a ser realizada é a hidratação, oral e venosa, para pacientes com tal indicação. Esta caracteriza, de modo preponderante, o perfil de assistência do estabelecimento em questão. No caso de pacientes com outras necessidades, há referenciamento e transferência a outros estabelecimentos de saúde (rede preestabelecida) com estrutura compatível à complexidade necessária à situação. Os CHs recebem pacientes preferencialmente a partir da Atenção Primária à Saúde, mas também por demanda espontânea em situações esporádicas.

Os CHs são estruturas de montagem temporária com período definido nos PCs das SMSs. Suas equipes já possuem orientação e treinamento técnico (fluxo de atendimento e manejo clínico) com apoio da SES RJ, que deve garantir insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação. Cabe às SMSs estruturação física mínima, contemplando climatização, banheiros, pontos de água necessários e dimensionamento dos recursos humanos adequado à demanda local, conforme PCEA que consta no anexo A (RIO DE

JANEIRO, 2022b). Ressalta-se que tais unidades são implantadas em momentos de pandemia, refletindo ambiente contextual de atendimento e demanda excessiva de pacientes, o que pode fragilizar práticas seguras de atendimento.

A SES definiu que um CH teria como referência a instalação de um kit de mobiliário, insumos e medicamentos. Usou como elemento base a disponibilidade de dez poltronas por kit, somando-se outros itens que constam na lista de materiais e insumos para cada CH (Tabelas 1 e 2), podendo ser instalado também com meio kit, ou seja, cinco poltronas mais os demais itens. Ainda como diretriz para implantação, os CHs tinham previsão inicial de funcionamento por 45 dias, podendo ser estendido conforme a necessidade. Para cada CH com um kit, havia a previsão de cem atendimentos por dia.

Na experiência de 2013, por exemplo, foram instalados 92 CHs em 54 municípios, nas nove regiões no estado. Dependendo do corte populacional e da magnitude da transmissão, foi possível identificar mais de um CH em um mesmo município.

Tabela 1 – Itens que compõem um kit para o Centro de Hidratação – insumos e mobiliários (versão 2013)

Produto e descrição – consolidado correta	Apresentação	Quantidade
Cateter para acesso venoso periférico transparente com sistema de segurança Calibre-G16.	Unidades	1.000
Cateter para acesso venoso periférico com sistema de segurança Calibre-G18.	Unidades	2.000
Cateter para acesso venoso periférico com sistema de segurança Calibre-G20.	Unidades	1.000
Cateter para acesso venoso periférico com sistema de segurança Calibre-G22.	Unidades	1.000
Cateter para acesso venoso periférico com sistema de segurança Calibre-G24.	Unidades	1.000
Equipo gotas.	Unidades	500
Equipo microgotas, câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 mL.	Unidades	300
Luva de procedimento, não estéril, tamanho pequeno descartável, 100% látex, acondicionada em caixa com 100 unidades.	Unidades	1.000
Luva de procedimento, não estéril, tamanho médio	Unidades	2.000

descartável, 100% látex, acondicionada em caixa com 100 unidades.		
Luva de procedimento, não estéril, tamanho grande descartável, 100% látex, acondicionada em caixa com 100 unidades.	Unidades	1.000
Termômetro clínico.	Unidades	20
Fixador para punção periférica 5 x 7 cm	Unidades	2.000
Saco coletor de diurese e vômito	Unidades	5.000
Bebedouro	Unidades	3
Poltrona reclinável	Unidades	10
Longarina	Unidades	15
Suporte de soro	Unidades	5
Braçadeira	Unidades	2
Esfigmomanômetro infantil	Unidades	1
Esfigmomanômetro adulto	Unidades	2

Fonte: Grupo Técnico de Vigilância das Arboviroses da SES RJ².

Tabela 2 – Itens que compõem um kit para o Centro de Hidratação – medicamentos (versão 2013)

Código	Medicamento/Insumo	Apresentação	Quantidade definida P/SVS CI SES/OP/SVS N° 369/12 - 04/10/12 1 Kit Centro de Hidratação 2013
1530.1478	Álcool 70% para assepsia da pele – 100mL (Inclusão pela Coordenação de Farmácia-SSL)	Frasco	25
0110.8027	Cloreto de Sódio 0,9 % - sol. estéril e apirogênica - sistema fechado - 500mL	Unidade	6.000
1020.1294	Dipirona sódica 500mg/mL sol. inj. 2mL	Ampola	500
9000.0068	Dipirona sódica 500mg	Comprimido	3.000
1020.1296	Dipirona sódica 500mg /mL sol. oral (gotas) 10mL (Observação: quantitativo foi ajustado considerando que a solicitação da SVS era para frasco de 20mL e o que temos padronizado é frasco de 10mL)	Frasco	3.000
0110.2429	Glicose 5 % - sol. estéril e apirogênica - sistema fechado – 500mL	Unidade	1.000

² Informações internas elaboradas pelo Grupo Técnico de Vigilância das Arboviroses da SES RJ e cedidas à autora para a composição desta dissertação.

0150.1030	Metoclopramida cloridrato 5mg/mL sol. inj. 2mL	Ampola	500
1020.1515	Paracetamol 500mg	Comprimido	5.000
1020.1497	Paracetamol 200mg/mL sol. oral. – 15mL	Frasco	300
0120.1620	Ranitidina 25mg/mL	Ampola	100
0110.2423	Ringer/Lactato sol. estéril e apirogênica - sistema fechado - 500mL	Unidade	2.000
0180.1047	Sais para reidratação oral – Cloreto de sódio 3,5g + Cloreto de potássio 1,5g + Citrato de sódio 2,9g + Glicose 20G - envelope 27,9g (Fórmula OMS)	Envelope	10.000

Fonte: Grupo Técnico de Vigilância das Arboviroses da SES RJ³.

Todos os 92 municípios que integram o ERJ devem preparar seus PCs individualmente, encaminhá-los à Superintendência de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde (SIEVS), subordinada diretamente à SUBVAPS da SES RJ, onde são revisados a partir de instrumento de avaliação, que consta no art. 3º da citada Deliberação CIB-RJ nº 3.801/2016 (RIO DE JANEIRO, 2016, n. p.), da SES RJ, a saber: “Contemplar no respectivo Plano de Contingência os quesitos relacionados no anexo – Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*” (ANEXO B). Portanto, o PCEA possui ainda como objetivo a estruturação de resposta coordenada no âmbito da SES RJ.

Sobre o PCEA da SES RJ versão 2018–2019 (RIO DE JANEIRO, 2018), quando de início da elaboração de proposta do presente trabalho de dissertação de Mestrado Profissional de Pesquisa Clínica (MPPC), do Instituto Nacional de Infectologia (INI) Evandro Chagas, seus componentes de ação eram elencados como: Assistência, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental (vigilância entomológica e controle do Vetor), Comunicação e Mobilização Social e Gestão, que, uma vez articulados, objetivam garantir uma resposta efetiva para o enfrentamento das arboviroses. Ocorre que, durante o curso temporal do Mestrado (2020 a 2022), houve atualizações do referido PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2018). Entretanto, devido à pandemia da COVID-19 em 2020, não se solicitou retorno formal das SMSs, conforme rotina, com a atualização de seus planos de enfrentamento às arboviroses urbanas, pois os esforços se voltavam para esse novo desafio e para a busca de conhecimento para enfrentá-lo. Manteve-se, portanto, o monitoramento permanente dos indicadores e percebeu-se que, naquele momento, as arboviroses urbanas transmitidas pelo *A. aegypti* se apresentaram estáveis.

³ Informações internas elaboradas pelo Grupo Técnico de Vigilância das Arboviroses da SES RJ e cedidas à autora para a composição desta dissertação.

Porém, na atualidade, já foi elaborada a atualização do PCEA, versão 2022-2024 (RIO DE JANEIRO, 2022b), que consta no anexo A, e, em retorno à rotina, serão requeridas atualizações dos PCs das SMSs, com envio ao SUBVAPS da SES RJ para avaliação e revisão.

Em leitura de rotina para revisão do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* da SUBVAPS da SES RJ, observou-se que, desde 2013, em sua primeira elaboração (RIO DE JANEIRO, 2014), não se identificou a inclusão integrada das preocupações definidas com foco nas bases do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que é reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2014).

O PNSP foi instituído a partir da elaboração da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013c), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, assim como sua Norma Regulatória, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) — Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a) —, que instituiu ações de Segurança do Paciente (SP) em serviços de saúde e determinou a elaboração de Planos de Segurança do Paciente (PSP) pelos serviços de saúde. A SP é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem conquistado grande notoriedade para pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com o objetivo de ofertar uma assistência segura.

O projeto em proposição toma como base o PNSP e sua normatização, focando na ampliação da segurança aos pacientes em momentos de epidemia. Tem como alvo o esforço de inclusão no PCEA da SES RJ, em modo customizado, de requisitos específicos fomentadores da temática SP, em conjunção com a criação do PNSP. Essa inclusão, de modo contínuo, deverá ser adicionada em atualização ao instrumento de avaliação dos PCs das SMSs do ERJ, conforme determinado pelo art. 3º da citada Deliberação CIB-RJ nº 3.801/2016 da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2016, n. p.), a saber: “Contemplar no respectivo Plano de Contingência os quesitos relacionados no anexo – Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*” (ANEXO B).

1.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipócrates (460-370 a.C.) trouxe o princípio *Primum non nocere*, que significa “primeiro não cause dano”. Desde aquela época, o pai da Medicina tinha a noção que o cuidado poderia causar algum tipo de dano, e tal referência é reconhecida até a atualidade quando se fala em SP.

Ao longo da história, outros personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, como Florence Nightingale (1820-1910), enfermeira britânica que revolucionou a enfermagem e a prática profissional. A história profissional dela se iniciou na Guerra da Crimeia (1854), quando percebeu que a estrutura e a organização do ambiente influíam na saúde e na melhora do paciente. Florence Nightingale foi considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo (COSTA *et al.*, 2009).

A partir da divulgação do relatório do Instituto de Medicina (IOM), *To Err is Human* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), o tema Segurança do Paciente ganhou relevância. Tal documento se baseou em dois estudos de avaliação de eventos adversos (EAs), realizados em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA). A partir dele estimou-se que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (BRENNAN *et al.*, 1991; GAWANDE *et al.*, 1999).

O relatório do IOM expôs ainda que a ocorrência de EAs corresponderia a importante impacto financeiro, com sérios prejuízos. Já se conhece estudo que quantificou tais gastos nos EUA, estimado na ordem de 17 a 29 bilhões de dólares anuais (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No curso daquela época, estudos similares em diversos países, incluído um no Brasil (MENDES *et al.*, 2009), confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, dez por cento dos pacientes internados sofrem algum tipo de EA e destes cinquenta por cento são evitáveis, ou seja, EAs durante uma internação hospitalar afetam um a cada dez paciente, e grande parte destes é evitável (VRIES *et al.*, 2008).

Na mesma esteira, no início deste século, o IOM incorporou Segurança do Paciente como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. O IOM definiu o termo como: “evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los” (apud BRASIL, 2014, p. 6).

A OMS criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo é despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoio aos Estados-membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas — Forward Programme, 2006-2007 (OMS, 2006) —, sendo renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente. Nesse período, a OMS definiu Segurança do Paciente como: redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (OMS, 2009).

Assim, a definição de SP do IOM de 2000 não difere muito da definição da OMS de 2009, adotada alguns anos depois no Brasil pela Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c), que institui o PNSP.

Para contextualização da SP, descreve-se como conceito-chave a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (SHERMAN *et al.*, 2009).

Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados eventos adversos. Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EAs é um indicador da distância entre o cuidado ideal e o real. O enfrentamento desse problema é um desafio para a qualidade dos serviços de saúde (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010). Considerando que muitos incidentes nos cuidados de saúde são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução da probabilidade de sua ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; SHERMAN *et al.*, 2009).

Alinhado às iniciativas da OMS, o MS publicou a Portaria nº 529/2013, instituindo o PNSP (BRASIL, 2013c), cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e tem como estratégias de implementação:

I – elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; II – promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; III – inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente; IV – implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; V – implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno

às unidades notificantes; VI – promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual, e VII – articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação (BRASIL, 2013c, n. p.).

A ANVISA publicou a Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), tornando obrigatória a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e a notificação de EAs em todos os hospitais brasileiros. Somente se excluem do escopo dessa Resolução (BRASIL, 2013a) os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

No Brasil, há de se salientar contribuições relevantes para a SP, como o licenciamento de estabelecimentos de saúde, as inspeções sanitárias e o uso de roteiros de avaliação com abrangência a atos normativos vigentes, elencando ações exercidas pelas vigilâncias sanitárias que cooperam e possibilitam a verificação *in loco* da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos e destinada a examinar a conformidade com padrões e os requisitos que visam à proteção da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2014).

Ainda como metodologia de avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de saúde, há o mecanismo de acreditação, que é o reconhecimento formal da competência dos Organismos de Avaliação da Conformidade (OAC) para atender requisitos previamente definidos e realizar suas atividades com confiança. É uma ferramenta estabelecida em escala internacional para gerar confiança na atuação das organizações (BRASIL, 2022).

A acreditação implica custos de caráter voluntário para sua realização. O processo de acreditação exige que os estabelecimentos de saúde atuem em conformidade com os requisitos técnicos e legais e tenham seu licenciamento revalidado pela Vigilância Sanitária (VISA). As creditações hospitalares são de dois tipos, nacionais, com validade nacional, e internacionais, com validade mundial, porém sempre devem ser adaptadas às normas locais em que as unidades de saúde se localizam.

Com relação às creditações na área da saúde, certificam-se as instituições que demonstram possuir ações/processos que priorizem a segurança e a qualidade no atendimento ao paciente com base nas melhores práticas internacionais vigentes. A mais antiga acreditadora em saúde é a Joint Commission International (JCI), representada no Brasil pelo

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (YAMAUCHI, 2016). O Brasil tem sua própria certificação em saúde, a Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Dentro de todo esse contexto, nesta pesquisa, destaca-se como importante foco de revisão as inclusões, no Componente Assistência, de elementos relativos à temática de Segurança do Paciente que remetam à qualificação e à organização dos serviços de todos os níveis, para enfrentamento de uma epidemia de arboviroses, em especial atenção nos CHs do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b).

Nesse sentido, coube a reflexão à qual categoria legal se remetem os CHs do ponto de vista de prestação de serviço de saúde. Em busca de uma categorização/definição de tipificação oficial para uma estrutura de CH, com base nas normas legais vigentes, como a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, ANEXO XV, Item III — "Classificação dos tipos de estabelecimentos de saúde" — (BRASIL, 2017a, n. p.) e a Portaria nº 2022, de 7 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017b), que altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), percebe-se que não há categorização específica para tal, sendo que a mais semelhante se remete ao serviço de Pronto Atendimento/Atendimento Emergencial.

Portanto, é necessário reforçar que, nas referências avaliadas, verifica-se por similaridade a classificação do CH descrita no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b), como Pronto Atendimento, mas é preciso apontar que o perfil assistencial em execução nos CHs se refere ao acolhimento e à avaliação dos pacientes acometidos de patologia específica, no caso as arboviroses transmitidas pelo *A. aegypti*, e terapêutica local limitado à hidratação dos pacientes sem internação, o que difere do perfil assistencial usual de um Pronto Atendimento, que atende a patologias diversas. Assim, entende-se que os protocolos e os processos de trabalho, já em tese, são delineados com foco em afecções específicas, no caso Dengue, Chikungunya e Zika.

2 JUSTIFICATIVA

Desde 2013, quando se efetivou a elaboração e as pactuações subsequentes do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b), não houve neste a inclusão do tema Segurança do Paciente e, portanto, não houve a disseminação de tal conhecimento nas revisões dos PCs das SMSs do ERJ.

O movimento pela Segurança do Paciente em diversos estudos demonstra que os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (SHERMAN *et al.*, 2009).

No Brasil, entre cinquenta e sessenta por cento dos erros durante um atendimento a um paciente são evitáveis. O aprimoramento da segurança no atendimento ao paciente é uma das prioridades na área da saúde (BRASIL, 2011).

A execução desta dissertação, customizando estratégias de implementação da temática de Segurança do Paciente no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b), especificamente nos processos de trabalho do Componente Assistencial deste, com avaliação da necessidade de inclusão de insumos necessários relacionados, para apoio da SES RJ e do instrumento de avaliação dos PCs das SMSs do ERJ, pretende fomentar a redução de riscos, incidentes e eventos evitáveis à saúde pública, com repercussão para todo o ERJ. Cabe citar que o impacto de tal construção se reproduzirá nos PCs dos 92 municípios que compõem o ERJ.

Assim, a partir dessa ação, almeja-se induzir a inclusão e a qualificação de melhores práticas nos 92 municípios do ERJ, quando da necessidade de ampliação emergencial de prestação de assistência e da implantação de CHs junto as SMSs em momentos de epidemia.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Incorporar a temática da Segurança do Paciente no Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas Transmitidas pelo *A. aegypti* da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SUBVAPS/SES RJ) e dos 92 municípios.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Esta pesquisa apresenta como objetivos específicos:

- a) analisar os documentos norteadores dos princípios de segurança do paciente e verificar se estão contemplados no PCEA em vigor da SES RJ;
- b) incluir, em uma próxima atualização, requisitos de Segurança do Paciente no Componente Assistência do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas Transmitidas pelo *A. aegypti* da SUBVAPS da SES RJ.

4 METODOLOGIA

No presente projeto de intervenção de qualidade, o método científico utilizado foi o de análise documental, ou seja, pesquisa realizada a partir de documentos, atuais ou retrospectivos, e revisão de literatura.

A análise documental constitui técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja trazendo aspectos inovadores de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986). O trabalho de análise já se inicia com a coleta dos materiais, não é acumulação cega e mecânica. À medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

Houve busca inicial, para responder ao objetivo geral do estudo, pela palavra “segurança” no próprio documento Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas Transmitidas pelo *Aedes aegypti*, da SES do Rio de Janeiro desde a versão 2013 até a versão atualizada de 2022 (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b). Teve-se como propósito, a partir do resultado da análise elaborada, observar a presença ou a ausência dos princípios fundamentais da Segurança do Paciente na elaboração das três versões do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b).

A revisão da literatura, para atender ao presente projeto, foi realizada por meio de busca bibliográfica no Google Acadêmico, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Scientific Electronic Library Online (Scielo), usando como descritor Plano de Contingência e também a associação do descritor Segurança do Paciente (“Plano de Contingência”, “Segurança do Paciente”), sem restrição de idioma e a partir da última década, para se parear com o período de ocorrência da publicação da Portaria nº 529/2013 do MS (BRASIL, 2013c) e da norma da ANVISA — Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a).

Em conjunto se objetivou a construção fundamentada de requisitos e/ou itens de boas práticas que cooperassem para a Segurança do Paciente, selecionados a partir da iniciativa fundamental produzida pelo MS: a elaboração do PNSP — Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c) — e a fundamentação sanitária na mesma época (normas da ANVISA) — Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a) —, sendo proposta lista base de itens mínimos correlacionados à busca por práticas seguras à assistência ao paciente.

Além das normas citadas, foi ainda objeto de construção um quadro comparativo de requisitos ligados à acreditação em serviços de saúde que citem a “Segurança do Paciente”,

desde a época anterior a determinação legal pelo MS (BRASIL, 2013c) e pela ANVISA (BRASIL, 2013a), em 2013, levando em consideração a estrutura dos manuais de acreditadoras em saúde para avaliações das organizações (CBA, 2010; JCI, 2021; ONA, 2014, 2018). A partir daí, explicita-se a avaliação da evolução do incremento ao tema até aos elementos considerados necessários aos ambientes de atendimento com características similares aos que prestam assistência ao paciente em atendimento emergencial nas fases de epidemia, conforme programados no PCEA.

No presente trabalho, abordou-se somente os programas JCI, representado pelo CBA, e ONA, porque os seus desenvolvimentos deram-se durante um processo que objetivava conhecer e adaptar a metodologia da acreditação para o Brasil, além de serem as duas metodologias mais expressivas no país (FORTES, 2013; MACEDO, 2019).

Há indicativos expressivos que correlacionam os programas de acreditação a melhores resultados clínicos. Nesse sentido, esses programas devem ser entendidos como uma forma de melhorar e/ou aprimorar a qualidade dos serviços de saúde (ALKHENIZAN; SHAW, 2011).

Em última proposta, o paralelo entre os requisitos básicos das normas legais e os itens comparativos dos serviços de acreditação de saúde, quanto a requisitos de Segurança do Paciente, poderá ser analisado para se produzir proposta de itens selecionados à inclusão no Componente Assistência do PCEA, caso haja comprovação da inexistência de tais requisitos no documento em pauta.

O conjunto de atividades descritas foi a metodologia percorrida para que se alcançasse as respostas aos objetivos desenhados no projeto e assim houvesse a inclusão de requisitos da temática Segurança do Paciente no PCEA da SES RJ, em revisão ao seu Componente Assistência.

O estudo não envolve participantes humanos, portanto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do INI Evandro Chagas. Não há conflito de interesses e não houve financiamento externo.

5 RESULTADOS

Quanto à revisão documental, destacam-se os documentos apresentados nas seções a seguir.

5.1 ACHADOS DA BUSCA NA LITERATURA GERAL SOBRE PLANOS DE CONTINGÊNCIA E PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO *Aedes Aegypti* DA SES DO RIO DE JANEIRO (PCEA), ATUALIZAÇÃO 2022-2024

Com a primeira busca junto ao conteúdo do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b), para responder ao objetivo geral, ficou evidente a ausência dos princípios fundamentais da Segurança do Paciente na elaboração desse documento, o que fortaleceu o interesse na inclusão de requisitos desse tema, nas ações propostas no Componente Assistencial do PC em análise, buscando maior qualificação à prestação do cuidado aos pacientes.

Com relação à busca de literatura geral, quanto a conteúdos de PCs que possuam requisitos de SP em sua elaboração, a busca eletrônica avançada no Google Acadêmico identificou 8.510 artigos apenas com descritor Plano de Contingência. Associando este ao descritor Segurança do Paciente (“Plano de Contingência”, “Segurança do Paciente”), obteve-se como resultado da pesquisa 272 artigos. Utilizando-se filtro e retirando a palavra COVID-19, a busca caiu para 116. Não houve a possibilidade de busca específica nos resumos das publicações no Google Acadêmico. Foram considerados e lidos todos os títulos dos 116 artigos, e nenhum retratava a associação PC e inclusão das práticas de SP.

Em busca similar nas plataformas BVS e Scielo, a partir da busca “Plano de Contingência” nos resumos dos artigos, os seguintes resultados foram obtidos:

- a) BVS: com busca por “Plano de Contingência”, o resultado foi de 71 artigos, mas, quando associada à busca por “Segurança do Paciente”, dois artigos foram encontrados, sendo que um não se remetia especificamente às práticas de SP e o outro, apesar de conter planejamento de ações de comissão de infecção hospitalar, referia-se à elaboração frente à COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020) e não à contingência frente a arboviroses;

b) Scielo: com busca por “Plano de Contingência”, o resultado foi de quarenta artigos, mas, quando associada à busca por “Segurança do Paciente”, apenas um artigo foi encontrado (também localizado na BVS), contendo o planejamento de ações de comissão de infecção hospitalar, referindo-se à elaboração frente à COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020) e não à contingência frente a arboviroses.

Portanto, não foram localizadas publicações que nos auxiliassem quanto a outras experiências, o que, ao mesmo tempo, intensificou a preocupação quanto à possível fragilidade que se identifica na ausência da incorporação das premissas da SP em PCs para enfrentamento às emergências em saúde pública, com exceção a algumas publicações relacionadas à pandemia da COVID-19.

5.2 NORMAS LEGAIS NACIONAIS FRENTE À SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir de 2013, as normas oficiais nacionais que comandam e regulam a temática Segurança do Paciente no Brasil são: Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c), que instituiu o PNSP, e a Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), que instituiu ações para a SP em serviços de saúde. Apesar de outros documentos terem sido elaborados a partir daí, como os seis protocolos do PNSP, os documentos base fundamentais que fixam as normas regulatórias são os dois citados:

- a) Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013c);
- b) Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a).

O Documento de Referência para o PNSP (BRASIL, 2014) cita importantes itens, por cada eixo definido no PNSP, sendo que há itens equivalentes ao documento da ANVISA, Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), para regulamentação nos serviços de saúde pela Agência:

- a) a Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c) estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deve ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre

pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais. Os protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de Segurança do Paciente dos estabelecimentos de saúde, a que se refere à Resolução-RDC nº 36/2013 da Anvisa (BRASIL, 2013a);

b) os NSPs, previstos na Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c) e na Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), são instâncias que devem ser criadas nos estabelecimentos de saúde para promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente e são responsáveis pela elaboração do PSP das organizações prestadoras de assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Assim, elaborou-se uma lista consolidada contendo itens fundamentais a serem inclusos como requisitos imprescindíveis às unidades prestadoras de serviço à saúde, a partir da Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), principalmente aos itens equivalentes à Portaria nº 529/2013 (BRASIL, 2013c).

5.2.1 Lista consolidada de requisitos básicos a partir da Resolução-RDC nº 36/2013

A Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a) tem por objetivo instituir ações para a promoção da Segurança do Paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Institui ações para a SP em serviços de saúde e dá outras providências a partir dos seguintes capítulos: Capítulo I – Das disposições iniciais; Capítulo II – Das condições organizacionais; Capítulo III – Da vigilância, do monitoramento e da notificação de eventos adversos; e Capítulo IV – Das disposições finais e transitórias.

A lista elaborada se fundamentou no Capítulo II, referente a Condições Organizacionais, composto por duas seções, a saber: I - Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente, II - Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Lista consolidada de requisitos básicos a partir da Resolução-RDC nº 36/2013

1 - O serviço possui mecanismos de identificação do paciente?
2 - O serviço possui orientações para higienização das mãos?
3 - O serviço possui mecanismos para garantir segurança cirúrgica (ex. checklist padronizado)?

4 - O serviço possui orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes?
5 - O serviço possui mecanismo para prevenção de úlcera por pressão?
6 - O serviço possui mecanismos para estimular a participação do paciente na assistência prestada?
7 - O serviço possui registro de manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos?
8 - O serviço apresenta ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à saúde?
9 - O Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) possui NSP nomeado pela direção do serviço?
10 - O NSP do EAS possui cadastro junto à autoridade sanitária nacional (ANVISA)?
11 - O NSP possui recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais para o seu funcionamento?
12 - Há um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde?
13 - O NSP possui os protocolos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo MS implementados?
14 - Se SIM à pergunta anterior, há monitoramento dos indicadores implementados?
15 - O NSP possui o PSP em Serviços de Saúde?
16 - Se SIM à pergunta anterior, há programa de atualização do PSP do EAS?
17 - Se possui PSP, este contempla estratégias de ações de gestão de risco (identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação de risco do serviço de saúde)?
18 - O NSP notifica ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação de serviço?
19 - O NSP acompanha os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias?
20 - O serviço desenvolve programa de capacitação em Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde?

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base na Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a).

Conforme impressão, a partir da análise inicial, base da proposta do presente estudo, não se localizou inclusão de nenhum dos requisitos nas ações prescritas no Componente Assistencial do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b).

5.3 ACHADOS FRENTE À AVALIAÇÃO ATUALIZADA DAS ESTRUTURAS DOS MANUAIS DE ACREDITADORAS EM SAÚDE MAIS ATUANTES NO BRASIL

Para melhor análise e com o propósito de qualificar a elaboração dos quadros comparativos atualizados das estruturas dos Manuais de Acreditação Joint Commission Internacional (CBA, 2010; JCI, 2021), representado pelo CBA, e ONA (2014, 2018), a autora

investiu na participação como aluna de curso junto a ambas as empresas, durante o ano de 2020, período em que os manuais atualizados estavam sendo divulgados.

Os padrões apresentados no Manual de Acreditação da JCI/CBA (CBA, 2010; JCI, 2021) e da ONA (2014, 2018) estão descritos na forma de diretrizes de condutas a serem implantadas, para garantir a qualidade da assistência prestada, e têm como objetivo promover a melhoria contínua e sustentada da assistência nas instituições de saúde. Tanto a ONA quanto a JCI tratam questões de Segurança do Paciente por meio de vários padrões, indo desde a aquisição de insumos até a maneira como é atendido o paciente. Ambas as acreditadoras advogam e incitam a segurança e a qualidade, porém em detalhamento e profundidade diferentes.

O objetivo em avaliar as estruturas dos manuais (CBA, 2010; JCI, 2021; ONA, 2014, 2018) não se propôs a análise comparativa de metodologia. O foco foi observar e demonstrar os itens elencados nas estruturas de seus sumários, em relação às boas práticas de Segurança do Paciente, e sua evolução na atualização dos manuais, confrontar elenco de requisitos propostos ao tema e refletir quanto a requisitos imprescindíveis a serem inclusos na rotina dos CHs.

5.3.1 Manual de Acreditação Joint Commission internacional, representado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (JCI/CBA) – versões de 2010 e de 2021

Foram revisadas duas versões do Manual de Acreditação da JCI/CBA, a de 2010 e a de 2021 (CBA, 2010; JCI, 2021), realizando um comparativo entre a versão anterior à publicação do PNSP pelo MS e a versão atualizada, com o objetivo de retratar incremento de itens/requisitos voltados à temática Segurança do Paciente. A estrutura das duas versões está descrita no quadro 3. Os padrões e os requisitos são designados como seções.

Quadro 3 – Estrutura do Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais – versões 2010 e 2021 (atual)

Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais – versão 2010	Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais – versão 2021
Seção I – Padrões com foco no paciente -Metas internacionais de Segurança do Paciente	Seção I: Requisitos para Participação na Acreditação

<ul style="list-style-type: none"> -Acesso e continuidade do cuidado -Direitos dos pacientes e seus familiares -Avaliação dos pacientes -Cuidados aos pacientes Anestesia e cirurgia Gerenciamento/gestão e uso de medicamentos -Educação dos pacientes e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> -Requisitos para Participação na Acreditação (APR)
<p>Seção II – Padrões de administração de instituições de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhoria da qualidade e Segurança do Paciente -Prevenção e controle de infecções -Governo, liderança e direção -Gerenciamento/gestão e segurança das instalações -Educação e qualificação dos profissionais - Gerenciamento/gestão da comunicação e informação. 	<p>Seção II: Padrões Centrados no Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) -Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado (ACC). -Cuidado Centrado no Paciente (PCC) -Avaliação de Pacientes (AOP) -Cuidados com os Pacientes (COP) -Anestesia e Cuidados Cirúrgicos (ASC) -Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU)
	<p>Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS) -Prevenção e Controle de Infecções (PCI) -Governança, Liderança e Direção (GLD) -Gerenciamento das Instalações e Segurança (FMS) -Qualificação e Educação de Profissionais (SQE) -Gerenciamento da Informação (MOI)
	<p>Seção IV: Padrões de Centros Médicos Acadêmicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Educação Médica Profissional (MPE) -Programas de Pesquisa com Seres Humanos (HRP) -Resumo das Principais Políticas de Acreditação. -Glossário. -Índice Remissivo

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base no Manual de Acreditação da JCI/CBA (CBA, 2010; JCI, 2021).

A partir do quadro comparativo elaborado, fica clara a expansão da temática Segurança do Paciente e seu incremento de abordagem, com ampliação de conteúdo específico e transversal no manual atualizado em 2020 e iniciada utilização em 2021 (JCI, 2021). Cabe citar que, no processo de acreditação da JCI/CBA, o manual se propõe a Acreditação para Hospitais.

5.3.2 Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA) – versões de 2013–2017 e 2018–2022

Foram revisadas duas versões do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, a de 2013-2017 (ONA, 2014) e a de 2018-2022 (ONA, 2018), realizando um comparativo entre a versão anterior ao PNSP e a versão atualizada, com o objetivo de retratar incremento de itens/requisitos voltados à temática Segurança do Paciente. A estrutura das duas versões está descrita no quadro 4. Os padrões e os requisitos são designados como seções.

Quadro 4 – Estrutura do Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, da Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA), versões 2013-2017 e 2018-2022 (atual)

Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, versão 2013-2017	Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, versão 2018-2022
<p>Seção 1 Gestão e liderança</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liderança -Gestão de pessoas -Gestão administrativa -Gestão de suprimentos -Gestão de segurança patrimonial -Gestão de estrutura físico funcional 	<p>Seção 1 Gestão Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liderança Organizacional -Gestão da Qualidade e Segurança -Gestão Administrativa e Financeira -Gestão de pessoas -Gestão de Suprimentos e Logística -Gestão de Informação e Comunicação -Gestão do Acesso ao Cuidado -Gestão de segurança patrimonial -Gestão de Infraestrutura e Tecnologia
<p>Seção 2 Atenção ao paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gestão de acesso -Internação/internamento -Atendimento ambulatorial -Atendimento de emergência -Atendimento cirúrgico -Atendimento obstétrico -Atendimento neonatal -Tratamento intensivo -Mobilização de doadores/dadores -Triagem de doares e coleta/recolha -Assistência hemoterápica -Terapia dialítica -Terapia antineoplásica -Assistência farmacêutica -Assistência nutricional 	<p>Seção 2 Atenção ao paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Internação -Atendimento ambulatorial -Atendimento Emergencial -Atendimento cirúrgico -Atendimento obstétrico -Atendimento neonatal -Cuidados Intensivos -Assistência hemoterápica -Assistência Nefrológica e Dialítica -Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica -Radioterapia -Medicina Oxigenioterapia Hiperbárica -Assistência farmacêutica -Assistência nutricional

<p>Seção 3 Diagnóstico e terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Processos pré-analíticos -Processos analíticos -Processos pós-analíticos -Métodos diagnósticos e terapêuticos -Diagnóstico por imagem -Medicina nuclear -Radioterapia -Radiologia intervencionista -Métodos endoscópicos e videoscópicos 	<p>Seção 3 Diagnóstico e terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análises Clínicas -Anatomia Patológica e Citopatologia -Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados -Diagnóstico por imagem -Medicina nuclear -Radioterapia -Radiologia intervencionista -Métodos endoscópicos e videoscópicos
<p>Seção 4 Apoio técnico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sistema de informação do paciente -Gestão de equipamentos de tecnologia médico hospitalar -Prevenção, controle de infecções e eventos sentinela -Processamento e liberação 	<p>Seção 4 Apoio técnico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gestão de equipamentos de tecnologia médico-hospitalar -Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança -Higienização -Processamento de Materiais e Esterilização -Processamento de Roupas

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (2014, 2018).

A partir do quadro 4 com comparativo elaborado, observa-se que houve qualificação da temática Segurança do Paciente, como na Seção 1 - Gestão Organizacional, e a inclusão da Gestão do Acesso ao Cuidado, além da incorporação de serviços específicos de acreditação, como na Seção 2 - Atenção ao paciente, e da inclusão dos serviços de Radioterapia e Medicina Oxigenioterapia Hiperbárica, com ampliação de conteúdo específico e transversal no manual atualizado para o período 2018-2022 (ONA, 2018). Ainda se observou outros novos serviços inclusos como objeto de acreditação na Seção 4 - Apoio técnico, sendo Higienização e Processamento de Roupas.

Cabe citar que, no processo de acreditação da ONA, o manual se propõe a Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

5.3.3 Achado comparativo das estruturas dos manuais atualizados das Organizações acreditadoras ONA e JCI/CBA

O quadro 5 contém comparativo das versões atuais dos manuais da ONA (2018) e da JCI (2021), representado pelo CBA.

Quadro 5 – Requisitos de Segurança do Paciente dos manuais de acreditação da ONA (versão 2018-2022) e da Joint Commission International (versão 2021), representado pelo CBA

Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, versão 2018-2022	Manual de Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais – versões 2021
<p>Seção 1 Gestão Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liderança Organizacional -Gestão da Qualidade e Segurança -Gestão Administrativa e Financeira -Gestão de pessoas -Gestão de Suprimentos e Logística -Gestão de Informação e Comunicação -Gestão do Acesso ao Cuidado -Gestão de segurança patrimonial -Gestão de Infraestrutura e Tecnologia 	<p>Seção I: Requisitos para Participação na Acreditação</p> <ul style="list-style-type: none"> -Requisitos para Participação na Acreditação (APR)
<p>Seção 2 Atenção ao paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Internação -Atendimento ambulatorial -Atendimento Emergencial -Atendimento cirúrgico -Atendimento obstétrico -Atendimento neonatal -Cuidados Intensivos -Assistência hemoterápica -Assistência Nefrológica e Dialítica -Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica -Radioterapia -Medicina Oxigenioterapia Hiperbárica -Assistência farmacêutica -Assistência nutricional 	<p>Seção II: Padrões Centrados no Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) -Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado (ACC). -Cuidado Centrado no Paciente (PCC) -Avaliação de Pacientes (AOP) -Cuidados com os Pacientes (COP) -Anestesia e Cuidados Cirúrgicos (ASC) -Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU)
<p>Seção 3 Diagnóstico e terapêutica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análises Clínicas -Anatomia Patológica e Citopatologia -Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados -Diagnóstico por imagem -Medicina nuclear -Radioterapia -Radiologia intervencionista 	<p>Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS) -Prevenção e Controle de Infecções (PCI) -Governança, Liderança e Direção (GLD) -Gerenciamento das Instalações e Segurança (FMS)

-Métodos endoscópicos e videoscópicos	-Qualificação e Educação de Profissionais (SQE) -Gerenciamento da Informação (MOI)
Seção 4 Apoio técnico -Gestão de equipamentos de tecnologia médico-hospitalar -Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança -Higienização -Processamento de Materiais e Esterilização -Processamento de Roupas	Seção IV: Padrões de Centros Médicos Acadêmicos. -Educação Médica Profissional (MPE) -Programas de Pesquisa com Seres Humanos (HRP) -Resumo das Principais Políticas de Acreditação. -Glossário. -Índice Remissivo

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (2018) e Manual de Acreditação da JCI/CBA (JCI, 2021).

Os padrões apresentados no Manual de Acreditação da JCI/CBA (JCI, 2021) e da ONA (2018) estão descritos na forma de diretrizes de condutas a serem implantadas, para garantir a qualidade da assistência prestada, e têm como objetivo promover a melhoria contínua e sustentada da assistência nas instituições de saúde.

De modo geral, as bases avaliadas demonstraram inclusões robustas no que tange ao tema Segurança do Paciente, o que fortalece a importância do objetivo geral quanto à necessidade da inclusão de requisitos no PCEA.

5.3.4 Requisitos fundamentais de Segurança do Paciente

Considerando a classificação dos CHs como serviço de Pronto Atendimento/Atendimento Emergencial, com a característica específica de realizar atendimento, acolhimento e hidratação para pacientes com arboviroses, foram selecionados os requisitos dos Manuais de Acreditação da JCI/CBA (JCI, 2021) e da ONA (2018) aplicáveis a essas atividades. Os requisitos selecionados estão listados no quadro 6, elencados a partir do quadro 5, contendo elementos semelhantes e aplicáveis aos CHs.

Quadro 6 – Requisitos de Segurança do Paciente, quando avaliadas as bases das estruturas dos Manuais de Acreditação da JCI/CBA e da ONA, selecionados como aplicáveis a ambientes de prestação de assistência à saúde tipo CHs

Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, versão 2018-2022	Joint Commission International, versão 2021
Seção 1 Gestão Organizacional -Gestão da Qualidade e Segurança	Seção I: Requisitos para Participação na Acreditação
Seção 2 Atenção ao paciente -Atendimento Emergencial	Seção II: Padrões Centrados no Paciente -Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG)
Seção 3 Diagnóstico e terapêutica	Seção III: Padrões para o Gerenciamento das Organizações de Saúde. -Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS)
Seção 4 Apoio técnico	Seção IV: Padrões de Centros Médicos Acadêmicos

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (2018) e Manual de Acreditação da JCI/CBA (JCI, 2021).

5.3.5 Seleção de requisitos de Segurança do Paciente, selecionados a partir do quadro 6, identificados como aplicáveis aos CHs

Cabe mencionar os seguintes requisitos de Segurança do Paciente:

- a) gestão e melhoria da qualidade e da Segurança do Paciente: aborda padrões buscando que as organizações tenham uma estruturação para apoiar a melhoria contínua da qualidade e da SP, incluindo gestão de risco e meio para avaliação e monitoramento de eventos adversos.

Essa seção requer ainda que dirigentes da organização apontem modelos a serem empregados em planos elaborados a serem aplicados com foco na melhoria das atividades e na redução dos riscos associados à variação dos processos (JCI, 2021);

- b) metas internacionais de Segurança do Paciente assim descritas:

- i) Meta 1 – Identificar Pacientes Corretamente;
- ii) Meta 2 – Melhorar a Comunicação Eficaz;
- iii) Meta 3 – Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância;

- iv) Meta 4 – Garantir uma Cirurgia Segura;
- v) Meta 5 – Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
- vi) Meta 6 – Reduzir o Risco de Danos ao Paciente Resultantes de Quedas — lista primária de Metas conforme JCI (2021).

O conteúdo das Metas aborda processos considerados prioridades de atenção e monitoramento, para garantir que o cuidado prestado ao paciente seja desenvolvido de forma segura;

c) atenção ao paciente no atendimento emergencial: ações voltadas a agilidade ao atendimento ao paciente em atividades assistenciais, diagnósticas, de identificação e prevenção a riscos assistenciais (ONA, 2018).

Vale salientar que o processo de acreditação das agências certificadoras exige que as organizações de saúde atuem de acordo com os requisitos técnicos e legais, tendo seu licenciamento revalidado pela VISA (BRASIL, 2014), ou seja, mesmo que um estabelecimento se proponha a voluntariamente buscar a acreditação de seu serviço, todos devem atender primordialmente às normas e aos preceitos necessários à sua legalização junto aos órgãos sanitários.

Ao analisar os documentos referentes às organizações acreditadoras já citadas (CBA, 2010; JCI, 2021; ONA, 2014; 2018), comprovou-se que, com relação aos requisitos da Segurança do Paciente, não foram observados tais itens nas ações e nas propostas do Componente Assistência do PCEA da SES RJ, inclusive na versão atualizada 2022-2024 (RIO DE JANEIRO, 2022b), apenas alguns itens da ONA (2018), subseção 2.3 atendimento emergencial, são observados, a exemplo da identificação do perfil assistencial de atendimento, porém sem relação direta à temática Segurança do Paciente.

Na mesma esteira, deve-se citar que não há, na elaboração do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b), a preocupação quanto à avaliação e à possível necessidade de licenciamento sanitário aos CHs, que, apesar de serem de caráter temporário, servem de espaço cuja finalidade é a assistência à saúde da população, conforme já descrito. Assim, entendendo-se que não se determine formalmente o licenciamento sanitário tradicional dos CHs, tais ambientes carecem de qualificação básica, por inspeção e relatório técnico de profissionais de VISA, ação que possui relação direta na avaliação de risco para se fomentar um atendimento com qualidade e agilidade ao paciente (item 5.3.5 c), conforme requisito listado a ser incluso na nova versão proposta pela presente pesquisa.

Tal modelo de avaliação sanitária possui respaldo na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 (BRASIL, 1977), art. 10, que descreve em seu parágrafo único:

Independem de licença para funcionamento os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequadas e à assistência e responsabilidade técnicas (BRASIL, 1977, n. p.).

Frente aos itens estabelecidos (quadro 6) como proposta para a elaboração dos requisitos básicos a serem inclusos no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b), no Componente Assistência, foi elaborado um formato proposto como Plano Estratégico de Ações de Melhorias para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos CHs (APÊNDICE B), que, para além de sua inclusão, necessita de um profissional referência para apoio às ações propostas. Para tanto, o PEAMSP deve constar de: 1 – definição de profissional capacitado como referência para a elaboração e o monitoramento do Plano Estratégico quando da instalação dos CHs; 2 – implementação do PEAMSP; 3 – implementação de práticas seguras e 4 – Notificação de Incidentes e Gestão de Risco.

O profissional designado pelas SMSs como referência para participar da elaboração do PEAMSP receberá apoio técnico da Coordenação de Qualidade da SES RJ ou da Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco da SUBVAPS/SES RJ, a definir de acordo com disponibilidade das equipes.

Tal proposta visa à introdução de requisitos mínimos em atendimento às bases preliminares que instituem as boas práticas e as ações de segurança ao paciente, quanto às condições organizacionais em serviços de saúde (BRASIL, 2013^a, 2013c).

Em revisão ao Componente Assistência do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b), faz-se necessária a inclusão de observações pertinentes à necessidade de ações para melhoria das práticas seguras, inclusão de item, no Quadro 2 do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b, p. 35), que descreva a necessidade de divulgação da indicação de profissional articulador do PEAMSP, além da divulgação do modelo mínimo sugerido pela SES RJ. Há, ainda, a recomendação quanto à ampliação de detalhamento do item Implantação dos Centros de Hidratação – CH e inclusão de itens ao Quadro 3 do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b, p. 40), conforme a seguir.

No item 6.2 Assistência, no subitem 6.2.1 Fundamentação teórica sobre a ação, sugere-se inclusão do seguinte texto: Faz-se ainda importante e necessária a inclusão de atenção às Normas de Segurança do Paciente nos processos de trabalho dos CHs, assim será

disponibilizado modelo base de Plano Estratégico de Ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP), a ser implementado por profissional da SMS apoiado por equipe técnica da SES RJ, se necessário, nos CHs. Tal plano estratégico consta de requisitos mínimos a serem trabalhados com base em melhoria de práticas seguras, ainda não constantes no PCEA.

No quadro 2 do PCEA SES RJ – Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Assistência, cabe sugerir inclusão de profissional de VISA na equipe de apoio a implementação do CH e de linha citando a necessidade de indicação de componente a ser indicado pelas SMSs. Essa proposta de inclusão pode ser vista no quadro 7 a seguir.

Quadro 7 – Proposta de alteração do quadro 2 da versão atual do PCEA da SES RJ

AÇÕES PARA RESPOSTA DE EMERGÊNCIA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: ASSISTÊNCIA			
Fortalecer o processo de acolhimento e tratamento dos pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. Aegypti</i> .	Implantar Centros de Hidratação (CH) nos municípios, de acordo com a avaliação de necessidade (baseado nos dados de notificação) e plano de contingência municipal.	Utilizar equipes de URR/SIEVS e VISA, para apoiar a implantação do CH	SUBVAPS/SUBAS
Fortalecer o processo de acolhimento e tratamento dos pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. Aegypti</i> .	Divulgar para as Secretarias Municipais de Saúde a necessidade de inclusão e indicação de recurso humano para auxiliar na elaboração e implementação do PEAMSP.	Postar no site da SES base modelo mínimo sugerido de PEAMSP	SUBVAPS/SUBAS

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b).

Quanto ao item 6.2.3 do PCEA SES RJ – Implantação dos Centros de Hidratação – CH, sugere-se revisão do texto com ampliação de descrição do que se refere um CH, a inclusão de requisitos de Segurança do Paciente, com modelo a ser seguido pelas SMSs e necessidades de materiais pela SES RJ nos momentos de implantação conjunta dos CH. Não se promoveu alteração do Quadro 3 em relação a medicamentos, porém foram inclusos itens de insumos a serem adquiridos pela SES RJ, com objetivo de cumprir os novos requisitos inclusos.

A seguir há transcrição do texto do PCEA da SES RJ referente aos CHs com a intercalação do texto proposto.

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 2.201 de 9 de maio de 2013, que aprova as ações de prevenção e

controle da dengue no âmbito do estado do Rio de Janeiro), a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) apoiará as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na implantação de centros de hidratação (CH) destinados a pacientes com suspeita de dengue, chikungunya ou Zika.

Cabem à SES/RJ o fornecimento de insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação e funcionamento dos CH, incluindo itens de apoio a implementação de práticas de Segurança do Paciente, nos locais previamente definidos nos respectivos planos de contingência (RIO DE JANEIRO, 2022b, p. 39).

Os CHs são centros de retaguarda de atendimento para urgência e emergência, cujo funcionamento se faz em regime de 24h. O acolhimento possui classificação de risco de acordo com a gravidade da doença. A principal atividade a ser realizada é a hidratação, oral e venosa, para pacientes com tal indicação. Esta caracteriza, de modo preponderante, o perfil de assistência do estabelecimento em questão. No caso de pacientes com outras necessidades, há referenciamento e transferência a outros estabelecimentos de saúde (rede prestabelecida) com estrutura compatível à complexidade necessária à situação. Os CHs recebem pacientes preferencialmente a partir da Atenção Primária à Saúde.

São estruturas de montagem temporária com período definido nos PCs das SMSs. Suas equipes já possuem orientação e treinamento técnico (fluxo de atendimento e manejo clínico) com apoio da SES RJ, que deve garantir insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação. Cabe às SMSs estruturação física mínima, contemplando climatização, banheiros, pontos de água necessários e dimensionamento dos recursos humanos adequado à demanda local.

Os CHs funcionam como Pronto Atendimento. Cabe apontar que o perfil assistencial em execução nos CHs se refere ao acolhimento e à avaliação dos pacientes acometidos de patologia específica, no caso as arboviroses transmitidas pelo *A. aegypti*, e terapêutica local limitado à hidratação dos pacientes sem internação, o que difere do perfil assistencial usual de um Pronto Atendimento, que atende a patologias diversas. Assim, entende-se que os protocolos e os processos de trabalho, já em tese, são delineados com foco em afecções específicas, no caso Dengue, Chikungunya e Zika.

Os centros de hidratação somente serão implantados mediante solicitação da SMS e após avaliação do GT-Arboviroses e da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da SES/RJ. A avaliação será feita com base no cenário epidemiológico da localidade e na oferta assistencial.

As SMS devem providenciar a estruturação dos locais para implantação dos CH, com garantia de funcionamento 24h e estrutura mínima que contemple climatização (ventiladores ou ar-condicionado), banheiros, recepção, pontos de água para instalação de bebedouros e limpeza, assim como garantir os

Recursos Humanos necessários para o adequado funcionamento dos CH, incluindo profissional referência para implementar ações com foco na Segurança do Paciente, com propósito a redução ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde (RIO DE JANEIRO, 2022b, p. 39).

A seguir, no quadro 8, apresenta-se uma proposta de alteração do quadro 3 do PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b), com a lista de itens para os CHs que são de responsabilidade da SES RJ, incluindo aqueles referentes ao apoio à implementação de práticas de Segurança do Paciente.

Quadro 8 – Proposta de alteração do quadro 3 da versão atual do PCEA da SES RJ

MATERIAL
Bebedouro suporte para galão de água
Poltronas de hidratação
Longarina de 3 lugares
Suporte de soro
Equipo de soro macrogotas
Esfignomanômetro com braçadeira adulto
Esfignomanômetro com braçadeira infantil
Estetoscópio infantil e adulto
Termômetro clínico
Luva de procedimento M e G
Cateter venoso periférico nº 18, 20 e 22
Scalp nº 21 e 23
Agulha descartável nº 25x8 e 40x12
Seringa descartável nº 5 CC e 20 CC
ITENS A SEREM INCLUÍDOS
Pulseiras ao paciente para identificação/risco queda e alergia
Caneta de marcação para uso nas pulseiras
Dispensadores de álcool em gel
Álcool em gel 70% para higienização das mãos
Sabão líquido para lavagem das mãos
Folhetos educativos relativos as Metas de Segurança do Paciente

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b).

O profissional referência indicado para implementar ações com foco na Segurança do Paciente deverá elaborar e implementar o PEAMSP, proposto pela SES RJ, cujo modelo

elaborado consta no quadro 9 e deve ser incluso no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b).

Quadro 9 – Proposta de inclusão do quadro 4 na versão atual do PCEA da SES RJ: Plano Estratégico de ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação, modelo básico

DESCRICÃO DAS AÇÕES, CONFORME A NECESSIDADE DA RESPOSTA – ASSISTÊNCIA

Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	No CH	Responsável
1 Designação de profissional referência ao tema	Atender a inclusão de requisitos fundamentais de segurança do paciente na assistência prestada.	Designar profissional referência local	Publicitar e apoiar profissional referência	SMS
2 Implementação do PEAMSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde	Implementar ações com foco na Segurança do Paciente	Incorporar requisitos de segurança do paciente nos CH	Profissional referência designado pela SMS
3 Implementação das práticas seguras	Reduzir incidentes com danos aos pacientes; Melhorar a qualidade da assistência	Elaborar os POPs das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientar as equipes	Definir as metas pertinentes, sendo imprescindíveis identificação, higienização de mãos e risco de queda.	Profissional referência designado pela SMS
4 Notificação de Incidentes e Gestão de Risco	Identificar incidentes ocorridos no CH, analisar e propor ações para minimizar a ocorrência de incidentes semelhantes	Elaborar formulário de notificação e sensibilizar equipe/ Receber as notificações, investigar os eventos, e propor ações de melhoria.	Sistema de alerta para notificação ao responsável designado como referência	Definição pelo profissional referência.

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base no PCEA da SES RJ (RIO DE JANEIRO, 2022b).

Obs.: Com a inclusão do Quadro 4 no PCEA da SES RJ, os quadros existentes 4, 5, 6 e 7 necessitam se alterados para 5, 6, 7 e 8.

A nova versão revisada do Componente 6.2 Assistência do PCEA da SES RJ consta no apêndice A. A partir da nova versão elaborada, haverá a possibilidade de sua incorporação no PCEA da SES RJ, com a repactuação em CIB-RJ. Assim, os requisitos de Segurança do Paciente também serão incorporados aos PCs dos 92 municípios do ERJ. Na sequência, a inclusão necessitará ser adicionada à matriz de avaliação dos planos municipais, que é realizada pela equipe da Coordenação de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS) da SES RJ.

Com relação aos novos insumos inclusos na listagem de materiais do PCEA da SES RJ de responsabilidade dessa secretaria e com o objetivo de cumprir os requisitos de Segurança do Paciente elencados, há necessidade de aquisição desses materiais pela SES RJ, com quantificação dos insumos e de abertura de novos processos administrativos específicos. Tal proposta de inclusão, da temática Segurança do Paciente, consta do documento elaborado no apêndice C, que foi encaminhado para avaliação da alta gestão da SES RJ.

5.4 REVISÃO DA DELIBERAÇÃO CIB Nº 3.801/2016 SES RJ, PARA INCLUSÃO DE REQUISITOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A partir da importância da temática e dos resultados do presente projeto, a autora apresentou à alta gestão da SES RJ e da SUBVAPS da SES RJ a ideia de reavaliação da Deliberação CIB-RJ nº 3.801/2016 (RIO DE JANEIRO, 2016, n. p.), cujo escopo: “pactua as ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* no âmbito do estado do Rio de Janeiro”, com o desejo de revisar a citada Deliberação para inclusão de conteúdo relacionado à Segurança do Paciente.

Tendo o aval da gestão máxima da SES RJ, o Senhor Secretário de Estado de Saúde, a SUBVAPS, que é a gestora institucional da temática, apresentou a proposta de revisão (APÊNDICE C) na CIB SES RJ de agosto de 2022, na qual houve consenso por unanimidade à proposição. Assim, houve revogação da Deliberação nº 3.801/2016 (RIO DE JANEIRO, 2016) e pactuou-se a Deliberação CIB-RJ nº 6.926, de 11 de agosto de 2022 (RIO DE JANEIRO, 2022a, n. p.), que deliberou: “pactuar a reformulação do Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes, a partir de 2022” (ANEXO C), entrando em vigor a nova norma na qual se inclui itens com relação direta a práticas de ações de Segurança do Paciente.

6 DISCUSSÃO

A OMS (2008) estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros. As consequências geram prejuízos aos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, além de custos desnecessários para o sistema e os serviços de saúde.

Para contextualização da Segurança do Paciente, é necessário retornar ao já citado conceito-chave de redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (SHERMAN *et al.*, 2009).

Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EA é um indicador da distância entre o trabalho prescrito e o real. O enfrentamento desse problema é um desafio para a qualidade dos serviços de saúde (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010). Considerando que muitos incidentes nos cuidados de saúde são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução da probabilidade de sua ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; SHERMAN *et al.*, 2009).

Dentro desse contexto, vê-se reforçada a importância e a necessidade de revisão e inclusões dos requisitos de Segurança do Paciente apontados nesta pesquisa no Componente Assistência do PCEA da SES RJ. Tal revisão se remete à qualificação e à organização dos serviços para enfrentamento de uma epidemia de arboviroses em especial atenção nos CHs.

Do ponto de vista sanitário, não há dúvidas que os ambientes criados como CH, mesmo em fase de epidemias, devem ser acompanhados por profissionais capacitados em vigilância sanitária, para que promovam olhar crítico, não só de implementação de normas sanitárias, mas acima de tudo para que se possa ter a visão de percepção de risco, principal ação dos trabalhadores de VISA. Tais profissionais, com foco nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, devem aplicar as normas necessárias às boas práticas a cada tipo de serviço à saúde, ou seja, avaliar elementos de normas específicas referentes a modelos desde serviços ambulatoriais independentes a serviços de alta complexidade em complexos hospitalares. Nesse arsenal, inclui-se as normas e os requisitos de Segurança do Paciente.

A classe de profissionais de VISA possui seu enquadramento na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990, n. p.), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Em seu art. 6º, é citada como executora de ações definidas, como elencado em seu § 1º: “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL, 1990, n. p.).

Ainda na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), Seção II, Da Competência, art. 16, III – definir e coordenar os sistemas, há a citação que a VISA possui competência similar à rede assistencial, à rede de laboratórios em saúde pública e à vigilância epidemiológica. Essas três instâncias integram o PCEA da SES RJ, porém, apesar da Superintendência de VISA compor a SUBVAPS da SES RJ, não se observa a presença da classe profissional de trabalhadores de VISA desde a primeira elaboração até a versão atual do plano em pauta (RIO DE JANEIRO, 2014, 2018, 2022b).

A VISA, em sua atividade fundamentada em conceito de qualidade e atributos a serem priorizados, deve escolher abordagem de avaliação que de modo histórico se apoia na famosa tríade de Donabedian (1980b) “estrutura, processo e resultado”. A estrutura apoia a execução do processo, e o processo é executado para gerar resultado. O processo de avaliação em saúde garante a construção de categorias homogêneas e replicáveis, com base em quais tecnologias ou serviços de saúde podem ser comparados em locais e momentos diversos (DONABEDIAN, 1980a; PORTELA, 2000).

Com a ausência da participação de profissionais de VISA na equipe de elaboração do PCEA da SES RJ, pode-se estar fragilizando a adequada classificação de risco do fluxo de pacientes na emergência e proporcionando menor resolutividade nas respostas ao usuário. A padronização na aplicação do protocolo de risco dá respaldo legal, impõe menos interferência na conduta pessoal e direciona tomadas de decisão mais precisas, possibilitando, assim, minimizar riscos e proporcionar segurança ao paciente nas unidades de urgência e emergência (SANTOS; SORATTO, 2018).

Especificamente com relação à temática Segurança do Paciente, a ANVISA já atentava e dava força ao tema de modo prévio ao MS. A exemplo, há a publicação da Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011, n. p.), que “dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde”, cuja abrangência se remete a todos os serviços de saúde no país, sejam eles públicos, privados,

filantrópicos civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2011). Essa RDC (BRASIL, 2011) já elencava preocupação formal ao tema Segurança do Paciente, que é citado em quatro momentos na elaboração do documento, inclusive já determinando um campo específico à temática, a Seção II, Da Segurança do Paciente, que, em seu art. 8º, cita: “O serviço de saúde **deve** estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente” (BRASIL, 2011, n. p., grifo nosso). Porém, a temática ainda não havia sido elencada no PCEA da SES RJ.

Diante dos dados elencados e da constatação da ausência de atividades que cumpram as rotinas básicas de VISA, no que tange a avaliação de risco dos ambientes e a ausência de regras fundamentais, como a SP, há a sugestão de que tal inconformidade possa fragilizar a boa prática de assistência à Segurança do Paciente no atendimento emergencial aos pacientes, pois existem diversos fatores que contribuem de forma negativa na SP no serviço de emergência, que podem gerar riscos à assistência prestada (SANTOS; BRASILEIRO, 2018).

Para além de uma determinação legal, da Resolução-RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a), a elaboração de plano e a utilização de roteiros em ambientes de Pronto Atendimento buscam identificar fragilidades e estabelecer indicadores de Segurança do Paciente, cujos resultados podem contribuir para o estabelecimento de ações corretivas e preventivas. Tal iniciativa contribui para a execução de boas práticas de saúde voltadas à Segurança do Paciente e amparadas pelas políticas públicas (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Quanto as organizações acreditadoras, são realizadas avaliações externas válidas que descrevem bons resultados, porém o Brasil, na atualidade, possui um total de 377 hospitais acreditados pelo ONA (c2022) e 46 hospitais acreditados pela JCI (c2022). Tal quantitativo ainda se considera modesto em relação ao total de hospitais do país inscritos no CNES (BRASIL, c2022): 6.381. Portanto, apenas 6,63% do total de EAS cadastrados possuem acreditação por um dos modelos.

No Brasil, não se pode afirmar que existe a institucionalização de uma Política de Qualidade e Segurança do Paciente dos Serviços de Saúde, mas iniciativas esparsas, fragmentadas e, por vezes, voluntárias, como as acreditações, muito influenciadas pelos apelos do mercado. As cidades onde existe maior competitividade nos serviços privados de saúde são as que apresentam maior número de hospitais acreditados (MENDES *et al.*, 2016).

Com a inserção no PCEA da SES RJ dos itens definidos na proposta desta pesquisa, poderá ter início o monitoramento de dados importantes até o momento inexistentes, pois, quando não se possui um dado, não se faz possível a criação de informação para que esta possa ser medida e gerar indicadores que possam retratar possíveis situações de risco a serem

melhoradas, como indicadores de adesão à higienização de mãos e notificações de incidentes, os EAs. Segundo William Edwards Deming (1900-1993) “Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia” (apud MONTI; FRANÇA; MÉXAS, 2017, p. 239).

Assim, considerando a publicação da Deliberação CIB-RJ nº 6.926/2022 (RIO DE JANEIRO, 2022a), que inseriu em seu conteúdo requisitos da temática Segurança do Paciente propostos por esta pesquisa, poderá ser inaugurado monitoramento de tais dados à medida que os municípios do ERJ produzirem e utilizarem seus PCEA locais.

7 CONCLUSÃO

Consumou-se a inexistência de princípios de Segurança do Paciente na elaboração do PCEA da SES RJ, e, portanto, nos PCs dos 92 municípios do ERJ. Além disso, observou-se carência de produções científicas que tratassem de Segurança do Paciente com relação a PCs para enfrentamento a emergências de saúde pública, no caso avaliado, o enfrentamento a epidemias de arboviroses urbanas no Brasil, pois ainda não se observa preocupação habitual quanto à inclusão dos princípios das boas práticas de Segurança do Paciente em sua elaboração nacional.

Essa realidade gera preocupação especial quando se determina a implantação de ambientes adicionais para assistência à saúde, devido à necessidade de ampliação de rede assistencial tipo CH para Pronto Atendimento, pois múltiplos fatores interferem na Segurança do Paciente no ambiente de atendimento emergencial instalado nesses momentos, no qual se destacam o elevado número de pacientes atendidos e a sobrecarga de trabalho, fatores que podem interferir na SP e gerar atividade de alto risco potencial no que tange a essa temática.

Tais ambientes são desafiadores, possivelmente superlotados, com atendimentos simultâneos a muitos pacientes. Assim, a tomada de decisão por diversos profissionais de saúde em situações emergenciais pode resultar em maior risco à ocorrência de EAs. Com isso, a sugestão de um profissional de referência a ser identificado como interlocutor das ações de melhorias para a Segurança do Paciente poderá dar início à organização de um clima propenso a práticas melhores e mais seguras em momentos de inauguração de CHs, além da possibilidade indispensável de se organizar a produção de dados de gestão de risco, a adesão às metas de SP e o monitoramento das notificação de EAs que possam vir a ocorrer, sendo identificados e analisados, visando à melhoria dos processos de trabalho assistencial, da Segurança do Paciente e até interceptação de EAs evitáveis.

Portanto, a inclusão de princípios da Segurança do Paciente no PCEA é um projeto auspicioso para o desenvolvimento de ações e a integração multiprofissional nos ambientes de CH, no pronto atendimento à população, assim como para instigar a busca de evidências relacionadas à SP em tais ambientes.

Tendo em vista a aprovação e a publicação da Deliberação CIB-RJ nº 6.926/2022 (RIO DE JANEIRO, 2022a, n. p.) pela SES RJ, que definiu: “pactuar a reformulação do Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes, a partir de 2022” (ANEXO C), firmou-se a sinergia da SES

RJ e dos 92 municípios componentes do ERJ quanto à magnitude da inclusão da temática Segurança do Paciente no Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como profissional de VISA, concursada em 2001 com lotação específica junto à VISA da SES RJ e desde então em atividade no órgão, a produção da presente pesquisa me despertou ainda a reflexão quanto a não participação dos profissionais de VISA na elaboração do PCEA da SES RJ, pois, apesar de eles fazerem parte do corpo de trabalhadores ligados à SUBVAPS da SES RJ, ficou evidente que a ausência da participação desses profissionais em conjunto aos das demais áreas técnicas participantes era um ponto de fragilidade com relação à promoção da avaliação de risco e à implementação de normas sanitárias, como a Segurança do Paciente. Portanto, a sugestão da participação de componente profissional de VISA foi referida e incorporada como técnico necessário à equipe.

De modo geral, minha militância pela Segurança do Paciente se intensificou com a possibilidade em poder suscitar sua promoção e divulgação na presente pesquisa, seguindo no mesmo sentido de fundamentos que a OMS, o MS, a ANVISA e as organizações acreditadoras têm abordado a Segurança do Paciente como elemento direto à qualidade da assistência à saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ALKHENIZAN, A.; SHAW, C. Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature. **Annals of Saudi Medicine**, [s. l.], v. 31, n. 4, p. 407-416, 2011. DOI: <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>. Disponível em: <https://www.annsaudimed.net/doi/full/10.4103/0256-4947.83204>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16437.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Economia. Acreditação. **INMETRO**, 23 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inmetro/pt-br/assuntos/acreditacao/cgcre/acreditacao>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 26 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CNESNet. **MS**, c2022. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00&VMun=&VComp=00&VUni=. Acesso em: 24 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou de Epidemia de Dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_

saude_3ed.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.022, de 7 de agosto de 2017**. Altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2022_15_08_2017_rep.html. Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.124, de 25 de novembro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2124_2002.pdf. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRENNAN, T. A. *et al.* Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA**, [s. l.], v. 265, n. 24, p. 3265-3269, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2046108/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

BRITO, C. A. A.; CORDEIRO, M. T. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 49, n. 5, p. 537-543, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0328-2016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/9mJsj3mNrzLXFSwsGhzLZJC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CALVO, E. P. *et al.* Easy and inexpensive molecular detection of dengue, chikungunya and zika viruses in febrile patients. **Acta Tropica**, [s. l.], v. 163, p. 32-37, 2016. DOI 10.1016/j.actatropica.2016.07.021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27477452/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. 4 ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

COSTA, R. *et al.* O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ntxb8>

WhXpNLpn4DC9ZQv8Pd/. Acesso em: 28 jul. 2022.

DONABEDIAN, A. **The Criteria and Standards of Quality**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980a. v. II.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980b. v. I.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R.; ZUBEN, A. P. B. V. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 51, n. 30, p.1-6, 2017. DOI 10.1590/S1518-8787.2017051006889. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Nym8DKdvfL8B3XzmWZB7hJH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2022.

DUTRA, H. L. *et al.* From lab to field: the influence of urban landscapes on the invasive potential of *Wolbachia* in Brazilian *Aedes aegypti* mosquitoes. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1-22, 2015. DOI 10.1371/journal.pntd.0003689. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408005/pdf/pntd.0003689.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

FABRI, A. A. **Introdução e análise filogenética do Vírus Zika no Estado do Rio de Janeiro**. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26977/2/allison_fabri_ioc_mest_2018.pdf. Acesso em: 7 abr. 2021.

FORTES, M. T. R. **Acreditação no brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

GAWANDE, A. A. *et al.* The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. **Surgery**, [s. l.], v. 126, n. 1, p. 66-75, 1999. DOI 10.1067/msy.1999.98664. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10418594/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

GOULD, E. *et al.* Emerging arboviruses: why today? **One Health**, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 1-13, 2017. DOI 10.1016/j.onehlt.2017.06.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352771417300137>. Acesso em: 28 jul. 2022.

GREGIANINI, T. S. *et al.* Emerging arboviruses in Rio Grande do Sul, Brazil: Chikungunya and Zika outbreaks, 2014-2016. **Rev. Med. Virol.**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/rmv.1943>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1943>. Acesso em: 19 jun. 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. 7 ed. [S. l.]: JCI, 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Search for JCI-Accredited Organizations. **JCI**, c2022. Disponível em: [https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Brazil&a#:~:Facet_Country=\[Brazil\]](https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Brazil&a#:~:Facet_Country=[Brazil]). Acesso em: 24 jul. 2022.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 30, n. 88, p. 167-175, 2016. DOI 10.1590/S0103-40142016.30880012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124276/120602>. Acesso em: 19 jun. 2022.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 36, p. 1-7, 2016. DOI 10.1590/S1518-8787.2016050006791. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZVNSNvmVknYpnDYnNYZHwxk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.

LOPES, N.; NOZAWA, C.; LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014. DOI 10.5123/S2176-62232014000300007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n3/2176-6223-rpas-5-03-55.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Em Aberto**, [s. l.], v. 5, n. 31, p. 43-48, 1986. DOI: <https://doi.org/10.24109/2176-6673.emaberto.5i31.1605>. Disponível em: <http://emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/1971>. Acesso em: 26 jun. 2022.

MACEDO, G. dos R. S. **Contribuições dos modelos de acreditação ONA e JCI para a segurança do paciente: estudo de caso do Centro de Combate ao Câncer**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2019.

MENDES, V. L. P. S. *et al.* Política de qualidade, acreditação e segurança do paciente em debate. **Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador**, v. 40, p. 232-249, 2016. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2678>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2678>. Acesso em: 27 ago. 2022

MENDES, W. *et al.* A avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MONTI, C. B.; FRANÇA, S. L. B; MÉXAS, M. P. A promoção de atividades de inovação segundo as responsabilidades do gestor: estudo de caso em empresa do setor energético brasileiro. **Sistemas & Gestão**, [s. l.], v. 12, p. 238-245, 2017. DOI 10.20985/1980-5160.2017.v12n2.1182. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8ed8/77f9a9c10d43cdde082de60c6c2eb0d51bb2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

NASCIMENTO, N. B. do; TRAVASSOS, C. M. de R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.625-651, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/tfsBNKSzDCp75xwgJpcjQ8Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2022.

OLIVEIRA, E. C. da S. *et al.* Ações da comissão de controle de infecção hospitalar frente ao novo coronavírus. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 34, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37259>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37259>. Acesso em: 17 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44188>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Alliance for Patient Safety. **Forward Programme 2006- 2007.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadores de Saúde.** São Paulo: ONA, 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** São Paulo: ONA, 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Mapa de creditações, ONA, c2022. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. Acesso em: 24 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Dengue: guidelines for patient care in the Region of the Americas.** Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde, 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31207>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Tool for diagnosis and care of patients with suspected arboviral disease.** Washington, DC: OPAS, 2017. E-book. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33895>. Acesso em: 10 jul. 2022.

PAIXÃO, D. P. da S. *et al.* Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, p. 622-629, 2018. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nBq4QYtpMTnYyJ8DhdK9wRd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2022.

PETERSEN, L. R.; POWERS, A. M. Chikungunya: epidemiology. **F1000 Research**, [s. l.], v. 5, n. 82, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://f1000research.com/articles/5-82>. Acesso em: 7 abr. 2021.

PINHO, A. C. O. *et al.* Asian genotypes of dengue virus 4 in Brazil. **Epidemiol Infect**, [s. l.], v. 143, n. 14, p. 3114-3117, 2015. DOI 10.1017/S0950268815000229. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9151040/pdf/S0950268815000229a.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. *In*: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 259-269.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, [s. l.], v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>. Acesso em: 27 ago. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Alerta Arboviroses Urbanas nº 001/2021.** Rio de Janeiro: SES RJ, 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 2.201, de 9 de maio de 2013**. Aprova as ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: CIB, 2013. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/352-2013/maio/2560-deliberacao-cib-n-2-201-de-09-de-maio-de-2013.html?tmpl=component&print=1&page=>. Acesso em: 26 jul. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 3.801, de 14 de julho de 2016**. Pactua as ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* no âmbito do estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro: CIB, 2016. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/505-2016-deliberacoes/julho/4360-deliberacao-cib-n-3-801-de-14-de-julho-de-2016.html> Acesso em: 26 jul. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB-RJ nº 6.9246, de 11 de agosto de 2022**. Pactua as ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CIB, 2022a. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/08/delib6926.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano de Contingência de Dengue/Chikungunya**. Rio de Janeiro: SES RJ, 2014.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti***. Rio de Janeiro: SES RJ, 2018.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses urbanas causadas pelo *Aedes aegypti***. Rio de Janeiro: SES RJ, 2022b.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES nº 383, de 11 de julho de 2012. Dispõe sobre o Gripe Técnico de Dengue do Estado do Rio de Janeiro. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**: seção 1, Rio de Janeiro, ano 38, n. 128, p. 34, 2012.

SANTOS, A. K. N. dos; SORATTO, M. T. Segurança do paciente nas Unidades de Urgência Emergência. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 279-296, 2018. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v17i3.517>. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/517/3759>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SANTOS, H. M. S.; BRASILEIRO, M. E. Segurança do Paciente no Serviço de Emergência: Revisão Integrativa. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], ano 3, ed. 5, v. 06, p. 70-82, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/seguranca-do-paciente>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SHERMAN, H. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 2-8, 2009. DOI 10.1093/intqhc/mzn054. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638753/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

VRIES, E. E. F. J. E. N. de *et al.* A incidência e a natureza de eventos adversos intra-hospitalares: uma revisão sistemática. **BMJ Qualidade e Segurança**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 216-223, 2008.

YAMAUCHI, N. I. A metodologia do consórcio brasileiro de acreditação. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, p. 286-294, 2016. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2682>. Disponível: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2682>. Acesso em: 28 jul. 2022.

YIN, X.; ZHONG, X.; PAN, S. Vertical transmission of dengue infection: the first putative case reported in China. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 58, p. 90-94, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946201658090>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimts/a/HWWDhycYdNFpcrL5HvfG8QS/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ZARA, A. L. S. A. *et al.* Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 391-404, 2016. DOI 10.5123/S1679-49742016000200017. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n2/2237-9622-ess-25-02-00391.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.

APÊNDICE A – PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS ARBOVIROSES URBANAS CAUSADAS PELO Aedes Aegypti, VERSÃO 2022-2024. COMPONENTE ASSISTÊNCIA: ATUALIZAÇÃO

6.2 Assistência

6.2.1 Fundamentação teórica sobre a ação

A quase totalidade dos óbitos por dengue é evitável e depende, na maioria das vezes, da qualidade da assistência prestada e da organização da rede de serviços de saúde.

A realização do acolhimento com classificação de risco, baseada na gravidade da doença, é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência. A classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, visando à aceleração do diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, contribuindo para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e a priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade.

A organização da rede de serviços de saúde é condição para o enfrentamento de uma epidemia de dengue, chikungunya e Zika. O estabelecimento de protocolos clínicos, sistema de referência e contrarreferência, com base na classificação de risco, torna possível o atendimento oportuno e de qualidade ao doente, condição fundamental para evitar a ocorrência de óbitos. A porta de entrada preferencial para atendimento de casos suspeitos é a Atenção Primária à Saúde, porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender, e se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência.

A rede assistencial deverá ser organizada para acompanhamento dos casos crônicos de chikungunya e Zika, sendo estabelecido para isso unidades de referência para tratamento e reabilitação. É necessário também que seja estabelecido o fluxo para a assistência dos portadores destes agravos, incluindo as crianças portadoras de microcefalia.

Face ao cenário epidemiológico apresentado todos os anos em nosso país, torna-se necessário qualificar e organizar os serviços em todos os níveis. Para tal, a SES/RJ apresenta, neste Plano de Contingência, ações voltadas para classificação de risco, organização dos serviços e as estratégias para enfrentamento de uma epidemia de dengue/chikungunya/Zika, seguindo as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue e Preparação para resposta ao vírus chikungunya no Brasil – MS.

Neste sentido, desde 2012 técnicos da SES/RJ têm avaliado a necessidade de suporte assistencial durante os processos epidêmicos, implantando os centros de hidratação (CH), com treinamento da equipe técnica local no que diz respeito ao fluxo de atendimento e manejo clínico. Em setembro de 2015 iniciamos o processo de qualificação de profissionais municipais (médicos e enfermeiros) sobre manejo clínico de dengue/chikungunya/Zika, incluindo a distribuição de material didático. Estes profissionais qualificados tinham a função de multiplicar a informação recebida em seus municípios. Para o próximo ciclo do presente plano a equipe técnica da SES/RJ continuará com o trabalho de qualificação/supervisão do fluxo adotado e manejo clínico dos agravos.

Faz-se ainda importante e necessária a inclusão de atenção às Normas de Segurança do Paciente nos processos de trabalho dos CHs, assim será disponibilizado modelo base de Plano Estratégico de Ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP), a ser implementado por profissional da SMS apoiado por equipe técnica da SES RJ, se necessário, nos CHs. Tal plano estratégico consta de requisitos mínimos a serem trabalhados com base em melhoria de práticas seguras, ainda não constantes no PCEA.

A SES/RJ disponibiliza em suas páginas, na internet, os protocolos de manejo dos pacientes das três doenças, como forma de facilitar o acesso e o diagnóstico a todos os profissionais médicos, além de possuir um sistema de informação próprio para atendimento dos casos suspeitos de dengue nas unidades de pronto atendimento (UPA). Este sistema de informação entra em funcionamento assim que o número de casos comece a se elevar. Também estão disponíveis informações dirigidas aos profissionais de saúde e usuários sobre a situação epidemiológica/entomológica e quadro clínico de chikungunya e Zika.

O monitoramento da situação de cada município, bem como da necessidade de suporte nas ações assistenciais, será realizado por representantes regionais da SES e pelo GT Arboviroses/SES/RJ, por meio dos GT Regionais Ampliados de Vigilância em Saúde e Atenção Básica, instância permanente de discussões dos problemas de saúde das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Salas Municipais de Coordenação e Controle em cada município.

A seguir apresentamos o quadro 2 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente à assistência ao paciente.

Quadro 2 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Assistência.

AÇÕES PARA RESPOSTA DE EMERGÊNCIA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: ASSISTÊNCIA			
Fortalecer o processo de acolhimento e tratamento dos pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Implantar Centros de Hidratação (CH) nos municípios, de acordo com a avaliação de necessidade (baseado nos dados de notificação) e plano de contingência municipal.	Utilizar equipes de URR/SIEVS e VISA, para apoiar a implantação do CH	SUBVAPS/SUBAS
	Implantar tendas de hidratação nas localidades em situação de desassistência nos municípios com epidemia de arboviroses	Acionamento a partir de identificação de necessidade pelo GT Arboviroses e SUBVAPS	
	Acionar o funcionamento dos Hospitais de Campanha da SES em situação de desassistência nos municípios com epidemia de arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Acionamento a partir de identificação de necessidade pelo GT Arboviroses e Secretário de Estado de Saúde	
	Implantar rotinas e protocolos de atendimento (organização de porta de entrada) nas unidades de urgência e emergência	Utilizar equipe de URR/SIEVS para apoiar a implantação do CH	
	Divulgar para as Secretarias Municipais de Saúde a necessidade de inclusão e indicação de recurso humano para auxiliar na elaboração e implementação do PEAMSP.	Postar no site da SES modelo mínimo sugerido de PEAMSP (QUADRO 4)	
	Disponibilizar para as Secretarias Municipais de Saúde os impressos padronizados de atendimento de pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Manter estoque estratégico e distribuir no momento da implantação dos CH pela equipe da URR/SIEVS	
	Divulgar junto aos profissionais de saúde, serviços de saúde públicos e privados e conselhos de classe o protocolo de atendimento de pacientes com dengue via WEB	Postar o protocolo no site da SES, Rio com Saúde e Rio contra a Dengue.	
	Divulgar aos gestores e profissionais de saúde do RJ, capacitações e eventos relacionados às arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Produzir 1 (uma) edição especial do “Informativo Educação em Saúde”, referente ao tema.	
	Abordar o diagnóstico e o tratamento de doenças exantemáticas (dengue, chikungunya e Zika), em gestantes na “Capacitação de Médicos e Enfermeiros	Fase 1: material na Plataforma do Telessaúde.	

	da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual”.	Fase 2: material na Plataforma do Telessaúde, videoaula, encontro presencial, aula prática.	
	Atualizar o conteúdo das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika) na Capacitação em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual para médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	Conteúdo atualizado para disponibilização na Plataforma Telessaúde.	
	Abordar o diagnóstico e o tratamento das doenças neuroinvasivas por dengue, chikungunya e Zika, nas “Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e da Assistência Hospitalar”.	Fase 1: material na Plataforma do Telessaúde. Fase 2: material na Plataforma do Telessaúde, videoaula, encontro presencial, aula prática.	
	Prover o abastecimento e reabastecimento dos centros de hidratação com insumos e medicamentos, de acordo com a produção apresentada e caracterização de cenário epidemiológico.	Manter estoque estratégico na Central Geral de Abastecimento (CGA)	
	Fortalecer o monitoramento de casos de crianças suspeitas e confirmadas para Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e STORCH, apoiado pelo Comitê Gestor Estadual para SCZ E STORCH	Pactuação regional	SUPAPS
	Discutir a temática das Arboviroses nos espaços de Diálogo da Atenção Primária (Fóruns e Grupos de Trabalho mensais)	Pactuação regional	SUPAPS
	Apoiar a Vigilância em Saúde na divulgação de informações técnicas referentes à temática e divulgar materiais próprios referentes ao mesmo	Pactuação regional	SUPAPS
	Trabalhar em conjunto com a vigilância na qualificação dos profissionais da APS para manejo clínico das arboviroses	Pactuação regional	SUPAPS
	Elaborar e divulgar material orientador com ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde de Enfrentamento às Arboviroses	Divulgar eletronicamente o material orientador	SUPAPS
	Publicar e Divulgar Nota Técnica conjunta SUPAPS/SUPVEA de ações integradas entre Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias no enfrentamento às Arboviroses	Publicar e divulgar Eletronicamente a Nota Técnica Conjunta	SUPAPS/SUPVEA

6.2.2. Projeção de serviços necessários

6.2.2.1 Dengue

Na análise de cenários, foram consideradas as taxas de incidência de dengue semanais e demais parâmetros, tendo como base o histórico de transmissões da doença no estado do Rio de Janeiro e os Protocolos de Manejo Clínico elaborados pelo MS, a saber:

- Cinco (5) consultas ambulatoriais para cada paciente sintomático.
- Necessidade de hidratação venosa em 15% dos pacientes sintomáticos.
- Internação hospitalar em 5% dos casos sintomáticos (em cenários de circulação de DENV-1, 2 e 3) ou 2% dos casos (em cenários de DENV-4).
- Internação em leitos de Terapia Intensiva de 0,5% dos casos sintomáticos.
- Tempo médio de permanência de 5 dias em leitos clínicos.
- Tempo médio de permanência de 7 dias em leitos de terapia intensiva.

A projeção do número de atendimentos de dengue baseou-se na ocorrência de casos sintomáticos no estado, podendo ser de 800 a 32.000 casos por semana, requerendo, respectivamente, 3.200 a 128.000 consultas em caso de transmissão sustentada. Conforme já comentado anteriormente, as perspectivas para ocorrência de uma transmissão importante de dengue são baixas para o próximo verão.

6.2.2.2 Chikungunya

Considerando o cenário mundial para essa doença, onde as taxas de ataque variam de 4 a 34%, com base na população do estado do Rio de Janeiro e sua susceptibilidade à doença, estimou-se cerca de 10% de casos sintomáticos durante o período sazonal (dezembro a maio), o que corresponderia a, aproximadamente, 1.600.000 casos no período, ou seja, cerca de 133.000 casos por semana. Para a elaboração desse cenário utilizou-se como referência a dinâmica das epidemias, inferindo uma média das taxas de ataque em vários países, como Ilha Réunion, Saint Martin, Saint Barthelemy, Dominica, Guadalupe e República Dominicana. Para tanto, foram estimados os seguintes parâmetros:

- Quatro (4) consultas ambulatoriais para cada caso sintomático
- Um (1) caso grave para cada 1.000 casos sintomáticos
- Cinquenta por cento (50%) de neonatos sintomáticos
- Noventa por cento (90%) dos neonatos sintomáticos desenvolvendo formas graves

- Sessenta e quatro por cento (64%) dos casos sintomáticos desenvolvendo forma crônica no 1º ano
- Doze por cento (12%) dos sintomáticos desenvolvendo forma crônica até o 3º ano.

6.2.2.3 Zika

Os casos sintomáticos de Zika deverão receber tratamento baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados. Não é recomendado o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus. Os casos suspeitos devem ser tratados como dengue, devido à sua maior frequência e gravidade conhecida.

Assim os serviços de saúde devem estar preparados para atenderem esta demanda, estando sensíveis e organizados para a notificação e investigação dos casos.

Para melhor acompanhamento dos casos mais graves, o RJ vem monitorando desde novembro de 2015 as gestantes que apresentaram exantema em algum período da gestação. Esse grupo de prováveis casos requer uma atenção diferenciada, por conta do risco de ocorrência de casos de Síndrome Neurológica pós-doença exantemática, que serão monitoradas por uma rede sentinela de doenças neuroinvasivas, coordenada pela SES, com participação de várias unidades hospitalares no estado, que integram essa rede. Como mencionado na análise do cenário, a perspectiva de circulação da Zika é baixa, podendo os casos que ocorrerem simultaneamente à circulação da chikungunya, serem absorvidos com base no mesmo protocolo.

6.2.3. Implantação dos Centros de Hidratação – CH

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 2.201 de 9 de maio de 2013, que aprova as ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do estado do Rio de Janeiro), a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) apoiará as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na implantação de centros de hidratação (CH) destinados a pacientes com suspeita de dengue, chikungunya ou Zika.

Cabem à SES/RJ o fornecimento de insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação e funcionamento dos CH, incluindo itens de apoio a implementação de práticas de Segurança do Paciente, nos locais previamente definidos nos respectivos planos de contingência.

Os CHs são centros de retaguarda de atendimento para urgência e emergência, cujo funcionamento se faz em regime de 24h. O acolhimento possui classificação de risco de acordo com a gravidade da doença. A principal atividade a ser realizada é a hidratação, oral e venosa, para pacientes com tal indicação. Esta caracteriza, de modo preponderante, o perfil de assistência do estabelecimento em questão. No caso de pacientes com outras necessidades, há referenciamento e transferência a outros estabelecimentos de saúde (rede preestabelecida) com estrutura compatível à complexidade necessária à situação. Os CHs recebem pacientes preferencialmente a partir da Atenção Primária à Saúde.

São estruturas de montagem temporária com período definido nos PCs das SMSs. Suas equipes já possuem orientação e treinamento técnico (fluxo de atendimento e manejo clínico) com apoio da SES RJ, que deve garantir insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação. Cabe às SMSs estruturação física mínima, contemplando climatização, banheiros, pontos de água necessários e dimensionamento dos recursos humanos adequado à demanda local.

Os CHs funcionam como Pronto Atendimento. Cabe apontar que o perfil assistencial em execução nos CHs se refere ao acolhimento e à avaliação dos pacientes acometidos de patologia específica, no caso as arboviroses transmitidas pelo *A. aegypti*, e terapêutica local limitado à hidratação dos pacientes sem internação, o que difere do perfil assistencial usual de um Pronto Atendimento, que atende a patologias diversas. Assim, entende-se que os protocolos e os processos de trabalho, já em tese, são delineados com foco em afecções específicas, no caso Dengue, Chikungunya e Zika.

Os centros de hidratação somente serão implantados mediante solicitação da SMS e após avaliação do GT-Arboviroses e da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da SES/RJ. A avaliação será feita com base no cenário epidemiológico da localidade e na oferta assistencial.

As SMS devem providenciar a estruturação dos locais para implantação dos CH, com garantia de funcionamento 24h e estrutura mínima que contemple climatização (ventiladores ou ar-condicionado), banheiros, recepção, pontos de água para instalação de bebedouros e limpeza, assim como garantir os Recursos Humanos necessários para o adequado funcionamento dos CH, incluindo profissional referência para implementar ações com foco na

Segurança do Paciente, com propósito a redução ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde.

Tal profissional deverá elaborar e implementar plano estratégico de segurança do paciente, proposto pela SES RJ (Quadro 4).

A seguir apresentamos o Quadro 3 com a lista de itens para os CH que são de responsabilidade da SES/RJ, incluindo itens referentes a apoio a implementação de práticas de segurança do paciente.

Quadro 3 - Itens dos centros de hidratação sob responsabilidade da SES/RJ.

MEDICAMENTO
Soro fisiológico 0,9% (frasco de 500 ml)
Soro glicosado 5% (frasco de 500 ml)
Soro ringer lactato (frasco de 500 ml)
Soro de reidratação oral (envelope 1 litro)
Paracetamol gotas/frasco e comp. 500 mg
Dipirona ampola 500mg/ml, gotas e comp. 500 mg
Metoclopramida ampola
Ranitidina ampola
Bromoprida ampola
Norepinefrina ampola
Furosemida ampola
MATERIAL
Bebedouro suporte para galão de água
Poltronas de hidratação
Longarina de 3 lugares
Suporte de soro
Equipo de soro macrogotas
Esfigmomanômetro com braçadeira adulto
Esfigmomanômetro com braçadeira infantil
Estetoscópio infantil e adulto
Termômetro clínico
Luva de procedimento M e G
Cateter venoso periférico nº 18, 20 e 22
Scalp nº 21 e 23
Agulha descartável nº 25x8 e 40x12

Seringa descartável nº 5 CC e 20 CC
Pulseiras ao paciente para identificação/risco queda e alergia
Caneta de marcação para uso nas pulseiras
Dispensadores de álcool em gel
Álcool em gel 70% para higienização das mãos
Sabão líquido para lavagem das mãos
Folhetos educativos relativos as Metas de Segurança do Paciente

O profissional referência indicado para implementar ações com foco na Segurança do Paciente deverá elaborar e implementar plano estratégico de segurança do paciente, proposto pela SES RJ, cujo modelo elaborado consta no Quadro 4 – Plano Estratégico de ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação, modelo básico.

Quadro 4 – Plano Estratégico de ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação, modelo básico.

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES, CONFORME A NECESSIDADE DA RESPOSTA – ASSISTÊNCIA

Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	No CH	Responsável
1 Designação de profissional referência ao tema	Atender a inclusão de requisitos fundamentais de segurança do paciente na assistência prestada.	Designar profissional referência local	Publicitar e apoiar profissional referência	SMS
2 Implementação do PEAMSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde	Implementar ações com foco na Segurança do Paciente	Incorporar requisitos de segurança do paciente nos CH	Profissional referência designado pela SMS
3 Implementação das práticas seguras	Reduzir incidentes com danos aos pacientes; Melhorar a qualidade da assistência	Elaborar os POPs das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientar as equipes	Definir as metas pertinentes, sendo imprescindíveis identificação, higienização de mãos e risco de queda.	Profissional referência designado pela SMS
4 Notificação de Incidentes e Gestão de Risco	Identificar incidentes ocorridos no CH, analisar e propor ações para minimizar a ocorrência de incidentes semelhantes	Elaborar formulário de notificação e sensibilizar equipe/ Receber as notificações, investigar os eventos, e propor ações de melhoria.	Sistema de alerta para notificação ao responsável designado como referência	Definição pelo profissional referência.

Obs.: Com a inclusão do Quadro 4 no PCEA da SES RJ, os quadros existentes 4, 5, 6 e 7 necessitam se alterados para 5, 6, 7 e 8.

**APÊNDICE B – PLANO ESTRATÉGICO DE AÇÕES DE MELHORIA PARA
SEGURANÇA DO PACIENTE (PEAMSP) NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO,
MODELO BÁSICO**

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES, CONFORME A NECESSIDADE DA RESPOSTA – ASSISTÊNCIA

Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	No CH	Responsável
1 Designação de profissional referência ao tema	Atender a inclusão de requisitos fundamentais de segurança do paciente na assistência prestada.	Designar profissional referência local	Publicitar e apoiar profissional referência	SMS
2 Implementação do PEAMSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde	Implementar ações com foco na Segurança do Paciente	Incorporar requisitos de segurança do paciente nos CH	Profissional referência designado pela SMS
3 Implementação das práticas seguras	Reduzir incidentes com danos aos pacientes; Melhorar a qualidade da assistência	Elaborar os POPs das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientar as equipes	Definir as metas pertinentes, sendo imprescindíveis identificação, higienização de mãos e risco de queda.	Profissional referência designado pela SMS
4 Notificação de Incidentes e Gestão de Risco	Identificar incidentes ocorridos no CH, analisar e propor ações para minimizar a ocorrência de incidentes semelhantes	Elaborar formulário de notificação e sensibilizar equipe/ Receber as notificações, investigar os eventos, e propor ações de melhoria.	Sistema de alerta para notificação ao responsável designado como referência	Definição pelo profissional referência.

**APÊNDICE C – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº XXX DE XX DE XXX DE 2022,
PROPOSTA**

PACTUA AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO *Aedes aegypti*, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais, CONSIDERANDO:

- a Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências;

- as Deliberações CIB-RJ no 2.201, de 09 de maio de 2013 e nº 2.976, de 11 de junho de 2014, que aprovam ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;

- a Deliberação CIB-RJ no 3.214, de 10 de novembro de 2014, que pactua as ações para o monitoramento da febre chikungunya no estado do Rio de Janeiro;

- o impacto das epidemias provocadas pelas arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como dengue, chikungunya em zika, nos indicadores de morbimortalidade no estado do Rio de Janeiro;

- a necessidade do planejamento de ações integradas no combate e controle do *Aedes aegypti* e na organização da rede assistencial para prestação de serviço de forma ordenada;

- a Portaria GM/MS no 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

- a RDC ANVISA nº 36, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 3635 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; e

- a Deliberação CIB-RJ nº 3.801, de 14 de julho de 2016, que pactua ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

DELIBERA:

Art. 1º - Pactuar a reformulação do **Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes, a partir de 2022.**

Art. 2º - Entregar o Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro até 30 de setembro de 2022.

Art. 3º - Contemplar no respectivo Plano de Contingência os quesitos relacionados no

ANEXO I - “Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*”, e ANEXO II – “Plano Estratégico de Ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação”.

Art. 4º - Os planos continuarão tendo vigência bianual, ou seja, no caso da versão 2022, o mesmo terá vigência de outubro/2022 a setembro/2024), podendo sofrer atualizações caso seja necessário, de acordo com o cenário epidemiológico.

Art. 5º - Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, XX de XX de 2022

ALEXANDRE OTAVIO CHIEPPE

Presidente da CIB-RJ

**ANEXO I: Matriz de avaliação de Planos de Contingência da Dengue/Chikungunya/Zika: Plano de
XXXX / XXXX - MUNICÍPIO XXXX**

Sub-dimensões	Critério de avaliação	Parâmetros
Responsáveis	1- Grupo coordenador	Identifica/Constitui formalmente (s) coordenador (es) do plano
	2-Responsáveis pela execução das ações do plano	Identifica os responsáveis pelo desencadeamento das ações propostas de acordo com as áreas de atuação/componentes do Plano
Aprovação	3-Aprovação do Plano pelo CMS	Resolução ou cópia de ata de reunião constando a apreciação do plano pelo CMS
Objetivos e metas	4- Objetivos do plano descritos de forma clara e concisa	Refere a população-alvo e período de aplicação do plano nos objetivos Descreve os objetivos específicos referentes a todos os componentes do plano
	5-Descrição das metas	Metas descritas de forma clara e mensuráveis, para cada componente.
Análise de risco	6- Caracterização da situação epidemiológica	Apresenta a análise descritiva dos casos (pessoa, tempo, lugar) Descrever os sorotipos circulantes
	7-Caracterização da situação entomológica e ambiental	Descreve a distribuição vetorial e os índices de infestação Descreve os fatores ambientais de interface com os vetores <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> (lixo, água)

Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros
Assistência hospitalar	8- Hospitais de referência para dengue grave	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência
	9- Hospitais de referência para Chikungunya/Zika	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência
	10- Leitos existentes e necessários durante período epidêmico	Menciona número de leitos existente e número de leitos necessário para pacientes com Dengue (Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês, geram 1000 hidratações orais, 200 hidratações venosa, 50 internações hospitalares, 8 leitos de clínica médica). Número de leitos necessários para pacientes com Zika / Chikungunya
	11- Leitos de UTI (adulto e pediátrico) necessários	Menciona previsão de leitos de UTI. Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês geram 5 internações de UTI (1 leito). Previsão de leitos de UTI para pacientes portadores de Síndrome de Guillain-Barré
	12- Centrais de marcação de procedimentos, de leitos ou regulação	Define o fluxo para internação
	13- Equipe multiprofissional para atendimento nos hospitais de referência	Define as categorias profissionais e os quantitativos, por setor dos serviços (recepção, emergência, internação, UTI, laboratório) necessários para assistência aos pacientes em períodos epidêmicos, ou os mecanismos a serem utilizados para suprir a necessidade.
	14- Realização de exames específicos	Refere fluxo de amostras para o laboratório regional? Ou ainda segue o fluxo para o LACEN? Prevê a garantia dos meios de transporte das

		amostras ao laboratório de referência
	15-Realização de exames inespecíficos	Define os exames disponíveis e o quantitativo para cada agravo.
	16-Exames inespecíficos	Normatiza a entrega dos resultados dos exames em tempo máximo, estabelecido pelo protocolo do MS.
	17- Laboratórios para exames inespecíficos (hematócrito, plaquetas, etc)	Identifica quais e a localização dos laboratórios/ou a forma de realização (ex. contratação)
	18- Estabelecimento de fluxo de atendimento nas unidades de referência identificadas	Existência de critérios, normas e fluxo de atendimento do paciente com Dengue/Chikungunya/Zika, incluindo acolhimento e classificação de risco realizada por profissional de saúde

Sub-dimensões	Crítérios de avaliação	Parâmetros
	19- Qualidade técnico-científica	Faz referência a adoção dos protocolos do MS para atendimento ao paciente e inclui os princípios de segurança do paciente, tendo como sugestão ANEXO II da presente deliberação.
Assistência ambulatorial	20 - Serviços de atendimento de casos suspeitos	Identifica as unidades de saúde referência para atendimento do paciente com Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive referência para atendimento 24 horas e finais de semana. Identifica as Unidades de Saúde referência para reabilitação de crianças portadoras de microcefalia Especifica a capacidade de atendimento de pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika e/ou estratégias para ampliação do atendimento em caso de epidemia. Define os recursos materiais e humanos necessários para o atendimento, de acordo com os protocolos estabelecidos,

	21 - Transporte de urgência para os pacientes de maior gravidade.	Define os recursos necessários para garantir a transferência dos pacientes, de acordo com o protocolo vigente.
	22 - Aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos	Previsão de aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos, como soro, impressos, sais de reidratação, antitérmicos, etc.
	23 – Acompanhamentos das gestantes positivas para zika vírus, microcefalia e dos casos de síndrome neurológica pós-doença exantemática	Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita.
Vigilância Epidemiológica e Laboratorial	24- Investigação e acompanhamento da Zika	Estabelece estratégias para investigação de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para investigação de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita Estabelece estratégias para investigação de 100% dos casos de síndrome neurológica pós-doença exantemática.
	26- Investigação de todas as formas graves e óbitos por Dengue/Chikungunya/Zika.	Estabelece estratégias para investigação de 100% dos casos graves e óbitos; Estabelece estratégias para investigação dos óbitos em até 7 dias, conforme pactuado em CIB.
	26- Integração da vigilância Epidemiológica estadual e municipal	Refere e descreve a atuação conjunta das vigilâncias para a investigação de casos e óbitos e análise da situação
Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros
Vigilância Epidemiológica e Laboratorial	27- Rotina da vigilância epidemiológica durante epidemia	Prevê acompanhamento diário dos casos de Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive de pacientes que apresentarem exantema. Prevê a análise e divulgação periódica da situação epidemiológica

	28- Coleta de exames específicos	Define referência para realização dos exames específicos e descreve a capacidade operacional Estabelece os critérios e fluxo para solicitação de exames para sorologia e isolamento viral
	29- Integração entre vigilância Epidemiológica e rede laboratorial	Estabelece fluxo de repasse de informação e retroalimentação
Controle Vetorial	30 - Redução de pendências	Define a(s) estratégia(s) diferenciada(s) que serão adotadas para redução de pendências (imóveis fechados e recusas).
	31- Redução da transmissão	Define a estratégia que será adotada na utilização de ultra baixo volume – UBV, ou outra(s) estratégia(s) definidas pelo município para redução da transmissão. Descreve a(s) estratégia(s) para eliminação de criadouros Descreve estratégias específicas para controle do vetor nas proximidades dos locais de referência para atendimento aos pacientes. Refere integração entre as ações de redução da transmissão e a situação epidemiológica apresentada pela Vigilância Epidemiológica.
	32- Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos, material e insumos)	Especifica a necessidade de veículos e equipamentos para realizar as ações de UBV conforme normas do MS, ou outra(s) estratégia(s) a serem utilizada(s) Quantidade adequada de veículos, EPI e equipamento costal para as operações de campo
	33 – Adequação de Recursos Humanos	Refere a disponibilidade de profissionais em quantidade e com capacitação para desenvolver as atividades (visita domiciliar, ações de bloqueio, visitas a pontos estratégicos)
	34- Fortalecimento da	Cita plano de mobilização e comunicação social

	participação comunitária	para período epidêmico
	35- Elaboração e distribuição de folhetos informativos	Assegura elaboração e distribuição de folhetos informativos sobre controle mecânico de criadouros para a população em geral

Sub-dimensões	CrITÉRIOS de avaliação	Parâmetros
Acompanhamento e avaliação	36- Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento	Apresenta a definição de Comitê Intersetorial para monitoramento do plano. Menciona a implantação da Sala de Situação, com definição de periodicidade das reuniões.
Atenção Básica	37- Integração com Programa de controle da dengue	Descreve as atribuições e atividades a serem desenvolvidas pelo PACS /PSF por área de atuação (controle vetorial, vigilância epidemiológica, assistência ao paciente, comunicação e mobilização social)
	38-Capacidade operacional	Descreve os recursos materiais (equipamentos, medicamentos) na quantidade necessária para atender os pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika conforme os protocolos
Capacitações	39- Garantia dos meios para capacitação dos profissionais de saúde da rede pública e privada (foco nos sinais de alerta)	Prevê capacitações para rede pública e privada (foco nos sinais de alerta) Demonstra garantia dos meios para promover as capacitações Prevê capacitações nas unidades que apresentarem óbitos.

**ANEXO II: PLANO ESTRATÉGICO DE AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE (PEAMSP) NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO, modelo básico.**

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES, CONFORME A NECESSIDADE DA RESPOSTA – ASSISTÊNCIA

Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	No CH	Responsável
1 Designação de profissional referência ao tema	Atender a inclusão de requisitos fundamentais de segurança do paciente na assistência prestada.	Designar profissional referência local	Publicitar e apoiar profissional referência	SMS
2 Implementação do PEAMSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde	Implementar ações com foco na Segurança do Paciente	Incorporar requisitos de segurança do paciente nos CH	Profissional referência designado pela SMS
3 Implementação das práticas seguras	Reduzir incidentes com danos aos pacientes; Melhorar a qualidade da assistência	Elaborar os POPs das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientar as equipes	Definir as metas pertinentes, sendo imprescindíveis identificação, higienização de mãos e risco de queda.	Profissional referência designado pela SMS
4 Notificação de Incidentes e Gestão de Risco	Identificar incidentes ocorridos no CH, analisar e propor ações para minimizar a ocorrência de incidentes semelhantes	Elaborar formulário de notificação e sensibilizar equipe/ Receber as notificações, investigar os eventos, e propor ações de melhoria.	Sistema de alerta para notificação ao responsável designado como referência	Definição pelo profissional referência.

**ANEXO A – PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO ÀS
ARBOVIROSES URBANAS TRANSMITIDAS PELO *Aedes Aegypti*, DA SES DO
RIO DE JANEIRO, VERSÃO 2022-2024**



**PLANO DE CONTINGÊNCIA
PARA ENFRENTAMENTO ÀS
ARBOVIROSES URBANAS CAUSADAS
PELO *Aedes aegypti***

2022 – 2024

(Atualizada em junho - 2022)



**PLANO DE CONTINGÊNCIA
PARA ENFRENTAMENTO ÀS
ARBOVIROSES URBANAS CAUSADAS
PELO *Aedes aegypti***

2022 - 2024

PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO
ÀS ARBOVIROSES URBANAS CAUSADAS PELO *Aedes aegypti*
Elaborado pelo GT Arboviroses da SES-RJ

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)
Alexandre Otavio Chieppe (Secretário)

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde
Mário Sérgio Ribeiro (Subsecretário)

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Dayse Muller Fernandes (Superintendente)

Superintendência de Emergências em Saúde Pública
Sílvia Cristina de Carvalho Cardoso (Superintendente)

Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
Luciane de Souza Velasque (Superintendente)

Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Thais Severino da Silva (Superintendente)

Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde
Rosemary Mendes Rocha (Superintendente)

Coordenação de Administração e Logística
André de Miranda Pinto (Coordenador)

Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde
João de Farias Figueiredo (Coordenador)

Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais
Milton Carlos da Silva Araújo (Diretor)

Coordenação de Vigilância Epidemiológica
Gabrielle Damasceno Chagas (Coordenadora)

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses
Cristina Maria Giordano Dias (Gerente)

Coordenação de Vigilância Ambiental
Patrícia Soares Meneguete (Coordenadora)

Divisão de Controle de Vetores
André Villar Martins (Diretor)

Subsecretaria de Atenção à Saúde
Fernanda Fialho (Subsecretária)

Superintendência de Regulação
Kitty Crawford (Superintendente)

Superintendência de Unidades Próprias e Pré Hospitalares
Silvana Valeria Prudente de Oliveira Pereira (Superintendente)

Subsecretaria Geral
Rachel Rivello Elmor (Subsecretária)

Superintendência de Educação em Saúde
Carina Pacheco Teixeira (Superintendente)

Subsecretaria Executiva
Leonardo Ferreira de Santana (Subsecretário)

Assessoria de Comunicação Social e Visual
Flávia Junqueira (Assessora)

Fundação Saúde
João Piloto (Diretor Executivo)

Laboratório Central de Saúde Pública do Rio de Janeiro
Andréa Cony Cavalcanti (Diretora Geral)

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
2.CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	10
2.1.Dengue	10
2.2.Chikungunya	16
2.3.Zika	19
2.4.Complicações causadas por infecção por arbovírus	22
2.4.1. Síndrome Congênita do Zika e STORCH	23
2.4.2. Doenças neuroinvasivas associadas à infecção por arbovírus	24
3.CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ENTOMOLÓGICA	25
4.OBJETIVOS	30
4.1.Geral.....	30
4.2.Específicos.....	30
5.METAS.....	31
6.COMPONENTES - AÇÕES PROPOSTAS	32
6.1. Capacidade estimada de resposta de resposta da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio de Janeiro	52
6.2.Assistência.....	33
6.2.1. Fundamentação teórica sobre a ação	33
6.2.2. Projeção de serviços necessários.....	37
6.2.2.1. Dengue.....	37
6.2.2.2. Chikungunya.....	37
6.2.2.3. Zika.....	38
6.2.3. Implantação dos Centros de Hidratação - CH.....	39
6.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E LABORATORIAL.....	41
6.4 CONTROLE DO VETOR.....	63
6.5 COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL.....	66
6.5.1.Fundamentação teórica sobre a ação.....	66
6.6 AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ABRANGÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS (GESTÃO).....	68
6.6.1.Fundamentação teórica sobre a ação.....	68
7.ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO.....	71
7.1.Equipe responsável pela elaboração e execução do plano.....	71
7.2.Atribuições do GT-Arboviroses.....	50
8.Referências consultadas	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de sorotipos circulantes de DENGUE, segundo município e região de residência, estado do Rio de Janeiro, período de 2000 a 2022.....	13
Figura 2 - Diagrama de Controle com incidência acumulada de casos prováveis de DENGUE, segundo semana de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2019, 2020, 2021 e 2022* (*até a 17ª SE)	14
Figura 3 - Incidência acumulada de casos de DENGUE, segundo município de residência, estado do Rio de Janeiro, ano 2022.....	15
Figura 4 - Mapa de sorotipos circulantes de DENGUE segundo município de residência, estado do Rio de Janeiro, ano 2022	16
Figura 5 – Casos prováveis de chikungunya, segundo mês de início de sintomas no estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022.....	17
Figura 6 - Casos prováveis de Zika, segundo município de residência, estado do Rio de Janeiro período de 2015 a 2022.....	21
Figura 7 - Mapa dos Índices de Infestação Predial para o <i>Aedes aegypti</i> no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de janeiro de 2022, RJ	26
Figura 8 - Classificação de criadouros predominantes, por grupo – LIRAA de janeiro de 2022, RJ.....	27
Figura 9 - Mapa por região de criadouros predominantes para o <i>Aedes aegypti</i> no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de janeiro de 2022, RJ.	28
Figura 10 - Mapa dos Índices de Infestação Predial para o <i>Aedes albopictus</i> no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de janeiro de 2022, RJ.	29
Figura 11 - Mapa de dispersão simultânea do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de janeiro de 2022, RJ	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos prováveis de DENGUE, óbitos confirmados, sorotipo circulante e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*	15
Tabela 2- Casos prováveis de CHIKUNGUNYA, óbitos confirmados e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*	18
Tabela 3- Casos prováveis de ZIKA, óbitos confirmados e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Coberturas de unidades e equipes de APS, por região de saúde e município, no estado do Rio de Janeiro	32
Quadro 2 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Assistência	35
Quadro 3 - Itens dos centros de hidratação sob responsabilidade da SES/RJ	40
Quadro 4 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Vigilância Epidemiológica e Laboratorial.	41
Quadro 5 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Controle do Vetor.....	42
Quadro 6 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Comunicação e Mobilização Social	45
Quadro 7 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Gestão	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Ae. aegypti – *Aedes aegypti*

Ae. albopictus – *Aedes albopictus*

APS – Atenção Primária à Saúde

ASSCSV - Assessoria de Comunicação Social e Visual

BE – Boletim Epidemiológico

CEFET - Centro Federal de Educação Tecnológica

CGA - Central Geral de Abastecimento

CH – Centro de Hidratação

CHIKV – Vírus Chikungunya

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIES – Comissão de Integração Ensino e Serviço

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regional

COOVA – Coordenação de Vigilância Ambiental

COOVE – Coordenação de Vigilância Epidemiológica

COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

Covid-19 – Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DENV – Vírus Dengue

DIVDEA – Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

FormSUS - Sistema para Criação de Formulários do Sistema Único de Saúde

GAL – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

GERDTVZ – Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses

GT – Grupo Técnico ou Grupo de Trabalho

IB – Índice de *Brateau*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IgG – Imunoglobulina de Classe G

IgM - Imunoglobulina de Classe M

IIP – Índice de Infestação Predial

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

LIRAA – Levantamento de Índice de Rápido de *Aedes aegypti*

LPI – Local Provável de Infecção

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PC – Plano de Contingência

PCA – Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento

PCR - Reação em Cadeia da Polimerase (do inglês, “Polymerase Chain Reaction”)

PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue

PR - Paraná

RESP – Registro de Eventos de Saúde Pública

RJ – Rio de Janeiro

RN – Recém-nascido

RR - Roraima

RT-qPCR - PCR em Tempo Real (do inglês, “Time Quantitative PCR”)

SAPS – Superintendência de Atenção Primária à Saúde

SCZ - Síndrome Congênita Associada ao Vírus Zika

SE – Semana Epidemiológica

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIG – Sistema de Informação Geográfica

SGB – Síndrome de Guillain-Barré

SIEVS – Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMCC – Sala Municipal de Coordenação e Controle

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

STORCH – Sífilis/Toxoplasmose/Rubéola/Citomegalovírus/Herpes

SUBGAIS - Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde

SUBUP – Subsecretaria de Unidades Próprias

SUBVAPS – Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde

SUPAPS – Superintendência de Atenção Primária à Saúde

SUPVEA – Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TI – Taxa de Incidência

UBV – Ultra Baixo-Volume

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URR – Unidade de Resposta Rápida

ZIKV – Vírus Zika

1. INTRODUÇÃO

O presente plano tem como desafio organizar e estruturar a resposta coordenada, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), frente ao aumento da circulação dos arbovírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* e outras doenças delas decorrentes, no território estadual. Contempla cinco componentes – Assistência, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental (vigilância e controle do vetor), Comunicação e Mobilização Social e Gestão que, uma vez articulados, devem garantir uma resposta mais efetiva para o enfrentamento das arboviroses.

É importante destacar a natureza dinâmica do plano e a necessidade de reavaliar, de forma sistemática, prazos e ações propostas em função dos diferentes cenários que, porventura, sejam observados.

Seus principais objetivos são reduzir o impacto das epidemias na população, particularmente na redução da morbimortalidade provocada por essas arboviroses e preparar antecipadamente a rede assistencial para os diagnósticos diferenciais e para a detecção precoce de casos suspeitos, frente à possibilidade de circulação dos vírus dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV).

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), os planos de enfrentamento das arboviroses, de vigência bianual (neste caso, 2022 a 2024), são atualizados anualmente. O plano agora apresentado foi atualizado em maio de 2022.

2. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

2.1 Dengue

A incidência global da dengue cresceu drasticamente nas últimas décadas. Aproximadamente metade da população mundial está em risco de contrair a doença. Ocorre em climas tropicais e subtropicais, principalmente em áreas urbanas e semiurbanas. A dengue grave é uma das principais causas de doenças graves e morte entre crianças em alguns países da Ásia e da América Latina.

Não existe tratamento específico para dengue ou dengue grave. No entanto, a detecção precoce e o acesso a cuidados médicos adequados reduzem as taxas de

mortalidade para abaixo de 1%. A prevenção e o controle da dengue dependem de medidas efetivas de controle de vetores (OPAS, 2020).

A dengue é atualmente considerada a mais importante arbovirose causada por mosquitos ao homem, em função da sua morbidade e mortalidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência global da dengue cresceu exponencialmente nas últimas décadas. Cerca de 500 milhões de pessoas nas Américas correm o risco de contrair dengue. O número de casos de dengue na região aumentou nas últimas quatro décadas, passando de 1,5 milhão de casos acumulados na década de 1980 para 16,2 milhões na década de 2010-2019 (OPAS, 2020).

Em 2013, ano epidêmico para a América, foram registrados pela primeira vez mais de 2 milhões de casos e uma incidência de 430,8 por cada 100 mil habitantes. Também foram notificados 37.692 casos de dengue grave e 1.280 mortes no continente. Em 2019, foram registrados pouco mais de 3,1 milhões de casos, 28 mil graves e 1.534 óbitos.

Os quatro sorotipos da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DEN-V 4) circulam pelas Américas e, em alguns casos, simultaneamente. Os sorotipos são transmitidos aos seres humanos pela picada de fêmeas infectadas, principalmente, do mosquito *Aedes aegypti*. A infecção com um sorotipo seguida por outra infecção com um sorotipo diferente aumenta o risco de dengue grave e até morte.

No Brasil, os primeiros relatos de dengue datam do final do século XIX, em Curitiba (PR), e do início do século XX, em Niterói (RJ). No início do século XX, o mosquito já era um problema, mas não por conta da dengue -- na época, a principal preocupação era a transmissão da febre amarela. Em 1955, o Brasil erradicou o *Ae. aegypti* como resultado de medidas para controle da febre amarela. No final da década de 1960, o relaxamento das medidas adotadas levou à reintrodução do vetor em território nacional. Atualmente, o mosquito é encontrado em todos os estados brasileiros.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a primeira ocorrência do vírus no país, documentada clínica e laboratorialmente, aconteceu em 1981-1982, em Boa Vista (RR), causada pelos vírus DENV-1 e DENV-4. Anos depois, em 1986, houve epidemias no Rio de Janeiro e em algumas capitais do Nordeste. Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada. Após a entrada do vírus DENV-1 no estado do Rio de Janeiro (RJ) em

1986, observou-se a ocorrência de transmissões intensas e cíclicas da doença. Em 1987, aproximadamente 60.000 casos de dengue foram notificados no estado. Em 1990/1991, com a entrada do vírus DENV-2, foram mais de 85.000 casos. A entrada e circulação do DENV-3 em dezembro de 2000 produziu mais de 250.000 casos no ano de 2002. Em 2008, o DENV-2 circulou novamente em maior intensidade no RJ, contribuindo para a epidemia com o maior número de casos graves e óbitos de sua história. Foram mais de 230.000 casos e cerca de 270 óbitos pelo agravo.

No ano de 2011 ocorreu nova epidemia no estado, sendo registrados cerca de 160.000 casos, como consequência da recirculação, em maior quantidade, do DENV-1.

Em 2012 e 2013 houve predominância do DENV-4, com a notificação de mais de 120.000 casos em 2012 e mais de 60.000 casos em 2013, sendo que a epidemia de 2012 teve maioria dos casos (cerca de 80%) concentrados na Capital, enquanto que em 2013, a maioria dos demais municípios foi acometida. Já nos anos de 2012 e 2013 os sorotipos DENV-1 e DENV-3 também foram detectados, o que culminou na epidemia do ano de 2015, concentrando a maioria dos casos na região do Médio Paraíba, com predomínio do DENV-1. Nos últimos anos o DENV-1 e DENV-4 predominaram.

Em 2016, foram detectados DENV-1 e DENV-4, predominando DENV-1. No ano de 2017 foram detectados os sorotipos DENV-2 e DENV-3, sendo o DENV-2 o segundo de maior ocorrência após o sorotipo DENV-4.

Em 2018, houve registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da detecção dos sorotipos DENV-1, DENV-2 e DENV-4. E, em 2019, também foi registrada a ocorrência do sorotipo DENV-2, no estado, apontando para a necessidade de manutenção do alerta entre os serviços de vigilância e assistência municipal e estadual, quanto ao risco de epidemia por dengue no estado, em especial pelo sorotipo DENV-2, que circulou de forma predominante na epidemia de 2008.

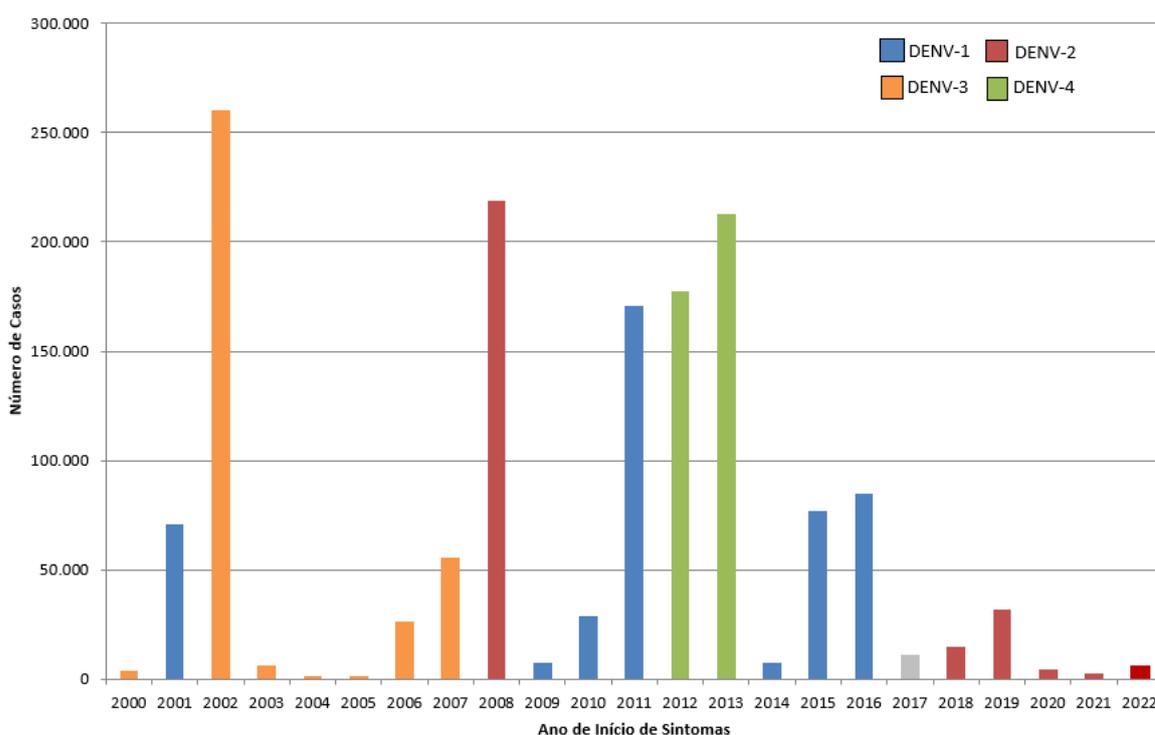
Nos anos de 2020, 2021 e 2022 (até a 17ª SE) foi registrada a ocorrência dos sorotipos DENV-1 e DENV-2, tendo predominado o sorotipo DENV-2.

Este cenário reforça a susceptibilidade para a ocorrência de transmissões cíclicas intensas de dengue. Ressalte-se ainda, com base em dados da literatura científica, a

possibilidade de aumento na ocorrência de casos graves de dengue em função do histórico de imunidade da população fluminense (Figura 1).

Cabe ressaltar que no período de 2010 a 2018 foi utilizado como fonte de informação o SINAN e, a partir de 2019, passou-se a utilizar o Sistema GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial).

Figura 1. Mapa de sorotipos circulantes de DENGUE, segundo município e região de residência, estado do Rio de Janeiro, período de 2000 a 2022.



• Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 3 de maio de 2022 e sujeitos à revisão.

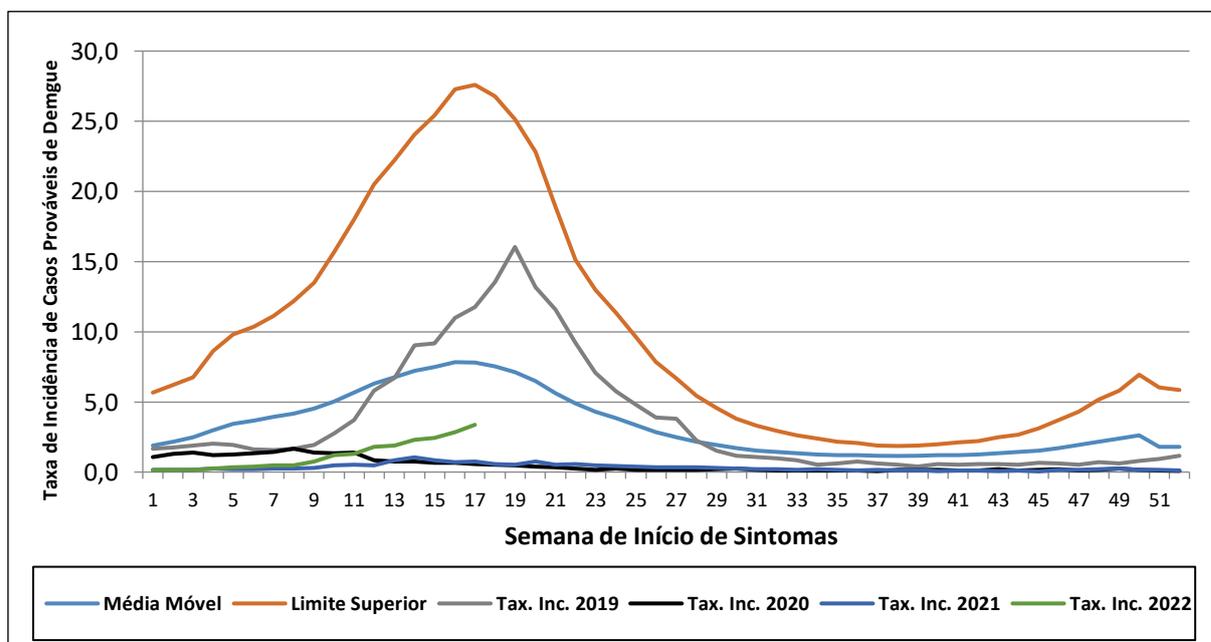
Reitera-se, portanto, a necessidade da intensificação do monitoramento semanal dos casos por cada município do estado, bem como da coleta de amostras dos pacientes suspeitos, para exame, até o 5º dia de início de sintomas, objetivando o aprimoramento das informações quanto ao sorotipo circulante da doença (prioridade na realização de exames de biologia molecular/PCR para detecção do sorotipo).

No ano de 2019 foram notificados cerca de 32.000 casos prováveis (casos notificados exceto os descartados) de dengue, correspondendo a uma taxa de incidência (TI) acumulada de 186,2 casos por 100 mil habitantes. No ano de 2020 foram notificados perto de 4.500

casos prováveis de dengue no estado, correspondendo a uma baixa TI acumulada de 25,7 casos por 100 mil habitantes. Em 2021 foram registrados 2.836 casos prováveis de dengue, no estado, com incidência acumulada de 16,4 por 100 mil habitantes. Neste ano, as maiores TI foram observadas nos municípios de Piraí e Porto Real, da região do Médio-Paraíba e Sapucaia da região Centro-Sul, com 293,7, 274,3 e 252,4 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

Destaca-se no diagrama de controle, a seguir, o ano de 2019, onde a incidência semanal ultrapassou a média esperada entre as semanas epidemiológicas (SE) 13 a 28. Apesar da detecção do sorotipo DENV-2, os anos de 2020 e 2021 foram de baixa transmissão, entretanto, salienta-se que foram anos de pandemia de Covid-19 (infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2). No primeiro quadrimestre de 2022 (SE 1 à 17), observamos uma elevação na TI de casos de dengue, a partir da 9ª SE, em relação aos anos de 2020, 2021 e 2022. (Figura 2).

Figura 2. Diagrama de Controle com incidência acumulada de casos prováveis de DENGUE, segundo semana de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2019, 2020, 2021 e 2022* (*até a 17ª SE).



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 25 de maio de 2022 e sujeitos à revisão.

No ano de 2021 os casos prováveis de dengue concentraram-se na Capital (32,3%) e na região do Médio Paraíba (31,7%). Entretanto, a TI mais elevada foi registrada na região Centro Sul, não havendo, contudo, nenhuma região com incidência considerada alta nesse ano.

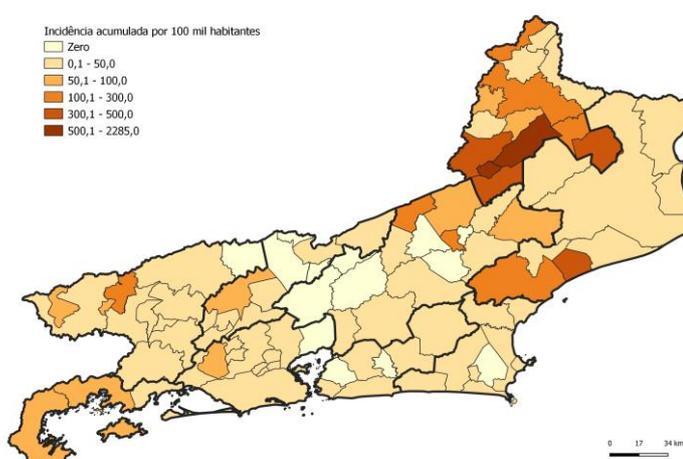
Em 2022 (1ª à 21ª SE), houve um aumento de 247,6% no número de casos notificados, no estado do RJ, em relação ao mesmo período de 2021. A maior TI acumulada é observada na região Noroeste e o maior número absoluto de casos notificados é observado na Capital (Tabela 1, Figura 3).

Tabela 1 - Casos prováveis de DENGUE, óbitos confirmados, sorotipo circulante e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*.

Município/Região	Mês					Total Casos		Óbitos	Sorotipo	Incidência/ 100 mil habitantes
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Nº	%			
Capital	42	112	343	724	1.131	2.352	39,2	3	DENV-1 e 2	34,9
Região Metropolitana I	10	21	99	222	164	516	8,6	0	DENV-1 e 2	13,6
Região Metropolitana II	5	5	23	24	33	90	1,5	1	DENV-2	4,2
Região Noroeste	30	75	330	341	238	1.014	16,9	1	DENV-1 e 2	290,2
Região Norte	21	46	128	299	170	664	11,1	0	DENV-1 e 2	69,5
Região Serrana	1	9	38	131	179	358	6,0	0	DENV-1 e 2	36,7
Região Baixada Litorânea	18	13	28	67	192	318	5,3	0	DENV-1 e 2	37,2
Região do Médio Paraíba	9	15	37	75	133	269	4,5	0	DENV-1 e 2	29,3
Região Centro-Sul	6	4	15	30	22	77	1,3	0	DENV-1 e 2	22,5
Região Baía da Ilha Grande	2	3	21	111	212	349	5,8	0	DENV-1 e 2	117,9
Estado do Rio de Janeiro	144	303	1.062	2.024	2.474	6.007	100,0	5	DENV-1 e 2	34,6

Fonte: SINAN, GAL, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

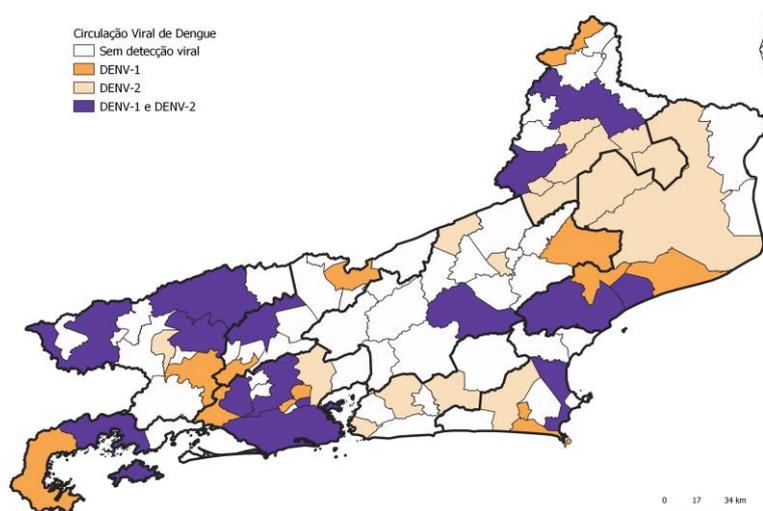
Figura 3 – Incidência acumulada de casos de DENGUE, segundo município de residência, estado do Rio de Janeiro, ano 2022*.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

Até a 20ª SE, o sorotipo DENV-2 predominou em 31 municípios (33,7%) do estado, com 13 municípios registrando presença somente do DENV-1, 16 municípios com detecção somente de DENV-2 e 15 municípios com presença de ambos: DENV-1 e DENV-2 (Figura 4).

Figura 4 – Mapa de sorotipos circulantes de DENGUE, segundo município de residência, estado do Rio de Janeiro, ano 2022*.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

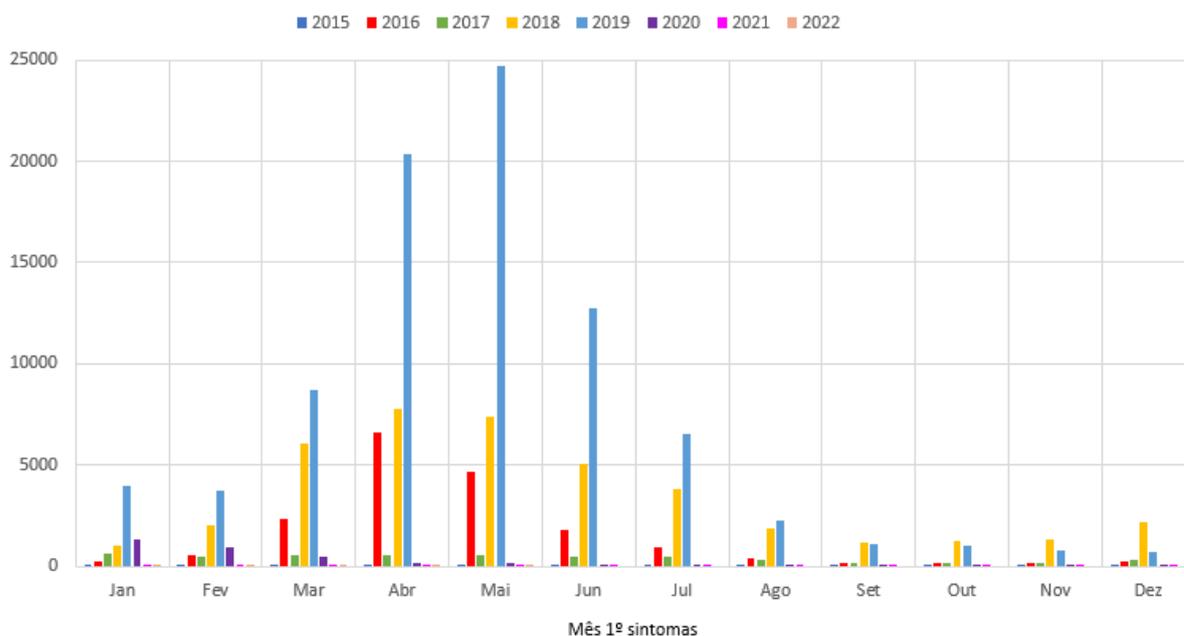
No ano de 2021 foram confirmados 4 óbitos por dengue no estado, nos municípios de Angra dos Reis, Armação de Búzios, Resende e Rio de Janeiro e em 2022, até a 21ªSE, foram confirmados 5 óbitos, sendo 3 na Capital, um em Maricá e um em Santo Antônio de Pádua.

2.2 Chikungunya

A introdução de chikungunya no Brasil e no estado ocorreu em 2014, com registro poucos casos naquele ano (13 casos), enquanto Zika teve sua detecção confirmada laboratorialmente, pela primeira vez no início de 2015, já apresentando alta dispersão naquele mesmo ano (10.311 casos). Observou-se que chikungunya veio num crescente durante os anos de 2015 até 2019, onde atingiu alta transmissão no estado com pico de

transmissão no mês maio de 2019. Nos anos de 2020, 2021 e 2022 houve baixa transmissão de chikungunya no estado (Figura 5).

Figura 5 – Casos prováveis de CHIKUNGUNYA, segundo mês de início de sintomas no estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022*.



Fonte: TabNet, SES-RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

Destacamos o número de óbitos por chikungunya em 2016 (16 óbitos), quantidade próxima aos óbitos por dengue (19 óbitos), no mesmo período. Entretanto, houve 81,2% menos casos notificados por chikungunya, se comparado aos casos de dengue.

No ano de 2018 foram notificados 40.413 casos prováveis de chikungunya no estado, correspondendo a uma TI de 242,9 casos por 100 mil habitantes. Grande parte dos casos concentrou-se na região Metropolitana II (42,0%), na Capital (25,5%) e região Norte (21,5%), sendo que as regiões Norte, Metropolitana II e Noroeste apresentam as maiores TI no estado (> 300 casos por 100 mil habitantes).

Em 2019, foram notificados 85.755 casos prováveis de chikungunya, correspondendo a uma TI de 499,74 casos por 100 mil habitantes. Grande parte dos casos concentra-se na Capital (44,36%), seguida pelas regiões Norte (13,77%), Noroeste (12,71%) e Metropolitana I

(12,68%). Entretanto, as regiões que apresentam as maiores incidências acumuladas no estado são Noroeste e Norte, além da Capital, Baía de Ilha Grande e Centro Sul.

No ano de 2020 foram notificados 3.600 casos prováveis de chikungunya no estado, correspondendo a uma baixa incidência acumulada de 21,2 casos por 100 mil habitantes. Grande parte dos casos concentrou-se na região Norte (27,1%), seguida pela Capital (24,5%) do estado. Entretanto, as regiões Noroeste e Norte apresentam as maiores incidências acumuladas no estado, respectivamente com 137,9 e 105,0 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

Em 2021, foram notificados 550 casos prováveis de chikungunya, com incidência acumulada de 3,2 casos por 100 mil habitantes. Neste ano, a região que apresentou a maior TI acumulada foi a Noroeste com 25,5 casos por 100 mil habitantes e a menor observada foi no Médio Paraíba (0,5).

Em 2022, até o mês de maio, foram notificados 348 casos prováveis de chikungunya, com incidência acumulada de 2,0 casos por 100 mil habitantes. A região que apresentou a maior TI acumulada foi a Noroeste com 23,5 casos por 100 mil habitantes (Tabela 2).

Tabela 2- Casos prováveis de CHIKUNGUNYA, óbitos confirmados e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*.

Município/Região	Mês					Casos Prováveis		Casos Conf.Lab.		Óbitos	Incidência/100 mil habitantes
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Nº	%	Nº	%		
Capital	16	14	41	31	38	140	40,2	54	38,6	0	2,1
Região Metropolitana I	3	2	2	18	17	42	12,1	10	23,8	0	1,1
Região Metropolitana II	1	2	8	9	6	26	7,5	8	30,8	0	1,2
Região Noroeste	7	5	19	30	21	82	23,6	20	24,4	0	23,5
Região Norte	2	1	6	4	1	14	4,0	8	57,1	0	1,5
Região Serrana	0	1	3	3	3	10	2,9	7	70,0	0	1,0
Região Baixada Litorânea	4	1	1	5	6	17	4,9	5	29,4	0	2,0
Região do Médio Paraíba	0	0	0	1	5	6	1,7	2	33,3	0	0,7
Região Centro-Sul	0	1	0	2	0	3	0,9	0	0,0	0	0,9
Região Baía da Ilha Grande	0	0	1	5	2	8	2,3	8	100,0	0	2,7
Estado do Rio de Janeiro	33	27	81	108	99	348	100,0	122	35,1	0	2,0

Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

•
Não houve óbito confirmado por chikungunya nos anos de 2021 e 2022.

Na literatura, as causas mais comuns dos óbitos pelo CHIKV são as insuficiências pulmonares, as alterações do sistema nervoso como as meningoencefalites, encefalopatias,

Síndrome de Guillain-Barré (SGB), infecções secundárias e descompensação das comorbidades previamente estabilizadas.

2.3 Zika

Em 2015, o MS declarou a ocorrência de microcefalia em recém-nascidos (RN) como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pela sua associação com a circulação do vírus Zika (ZIKV), introduzido no país no ano de 2014. Desde então, com a publicação das Resoluções SES/RJ Nº 1.296/2015, o estado do Rio de Janeiro estabeleceu que os casos de gestantes com síndrome exantemática e os casos de síndrome neurológica, possivelmente associada à doença exantemática prévia, fossem considerados como de notificação compulsória. As notificações devem ser feitas na ficha de Notificação/Conclusão do SINAN, registrando no campo observações as informações que importantes que por ventura não tenham campo específico na ficha de investigação e comunicadas ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do RJ (CIEVS/SES-RJ), por telefone (21 – 2333-3993 / 3996) ou e-mail (notifica.ses.rj@gmail.com / notifica@saude.rj.gov.br). Com esta medida, viu-se a possibilidade de conhecer o cenário epidemiológico da doença no estado, além de facilitar o acompanhamento da gestação e seu desfecho no parto, do crescimento e desenvolvimento dos RN de mães que apresentaram exantema durante a gestação.

Em 2015, seu primeiro ano de circulação no estado, foram notificados 406 casos suspeitos de Zika, dos quais 45 foram confirmados pelo critério laboratorial. Todos os casos foram considerados autóctones, sendo notificados pela Capital. Destes 45 casos confirmados, 40 possuíam o município do Rio de Janeiro como local provável de infecção (LPI), 2 com LPI em Duque de Caxias, um com LPI em Belford Roxo, um com LPI em Nilópolis e um com LPI em Nova Iguaçu, todos os municípios localizados na região Metropolitana I do estado. Observa-se que Zika teve alta transmissão assim que houve sua entrada no estado, já no final de 2015 e no ano de 2016, com pico no mês de fevereiro.

Por se tratar de uma doença pouco conhecida, a Zika teve seu processo de vigilância dinâmico e alterado em diferentes momentos desde a sua introdução no Brasil. No ano de 2016 passou, portanto, a ser de notificação obrigatória e universal com determinadas orientações e critérios padronizados. Neste mesmo ano, foram notificados no estado 68.161

casos de Zika (TI de 412,0 casos/100 mil hab.), dos quais 46.339 foram confirmados, e 3 evoluíram para óbito.

Também em 2016, o MS, conjuntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), à época, a partir da Portaria Interministerial Nº 405, de 15 de março de 2016, instituiu a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. Tal medida objetivou identificar e monitorar os casos suspeitos e confirmados de microcefalia em território nacional. Tal medida propiciou o monitoramento também pela SES/RJ.

Em 2017, o estado do Rio de Janeiro notificou 2.508 casos suspeitos de Zika (TI de 15,8 casos/100 mil hab.), dos quais apenas 127 (5,1%) foram confirmados laboratorialmente, não sendo registrados óbitos pela doença.

No ano de 2018 foram notificados 2.418 casos prováveis de Zika no estado, correspondendo a uma TI de 14,5 casos por 100 mil habitantes. A região Metropolitana II do estado foi a que concentrou a maioria dos casos (47,9%) com uma TI mais elevada (57,0 casos por 100 mil habitantes), provavelmente em função da maior sensibilidade da epidemiologia diante do aumento na circulação de chikungunya nesta mesma região.

Em 2019, foram notificados 1.554 casos prováveis de Zika, correspondendo a uma incidência acumulada de 9,1 casos por 100 mil habitantes. A Capital e a região Metropolitana I do estado concentraram a maioria dos casos prováveis com 68,1% e 14,5% respectivamente. Enquanto que as TI mais elevadas foram observadas na Capital e na Baía de Ilha Grande. Reitera-se que todas as regiões do estado apresentaram baixas incidências de Zika nesse ano, confirmando a intensa redução da transmissão ou circulação da doença.

Em 2020 foram notificados 106 casos prováveis de Zika no estado, correspondendo a uma incidência acumulada de 0,6 casos por 100 mil habitantes. A Capital concentrou maioria dos casos prováveis com 44,3%. Diante de uma ocorrência tão baixa, as TI acompanharam o cenário em todo o estado, confirmado a intensa redução da transmissão ou circulação da doença.

No ano de 2021 foram notificados 56 casos prováveis de Zika, perfazendo uma TI acumulada de 0,3 casos por 100 mil habitantes.

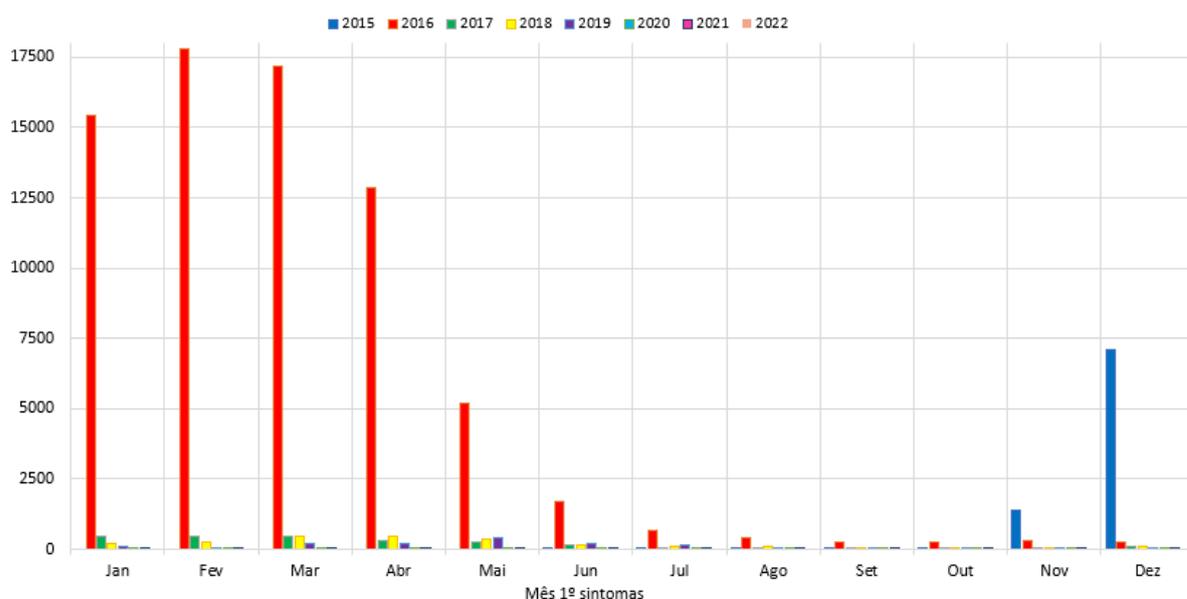
Em 2022, até maio, foram notificados 15 casos prováveis de Zika com TI acumulada de 01 casos por 100 mil habitantes. A distribuição por região de residência e TI de casos de Zika, em 2022, está demonstrada na tabela 3. Na figura 6 observa-se a ocorrência dos casos por mês durante o período de 2015 a 2022.

Tabela 3 - Casos prováveis de ZIKA, óbitos confirmados e incidência acumulada, segundo região de residência, mês de início de sintomas, no estado do Rio de Janeiro, ano 2022*.

Município/Região	Mês					Casos Prováveis		Óbitos	Incidência/100 mil habitantes
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Nº	%		
Capital	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Região Metropolitana I	0	0	2	1	1	4	26,7	0	0,1
Região Metropolitana II	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Região Noroeste Fluminense	4	0	0	0	1	5	33,3	0	1,4
Região Norte Fluminense	0	0	0	1	0	1	6,7	0	0,1
Região Serrana	0	0	0	1	0	1	6,7	0	0,1
Região Baixada Litorânea	0	0	1	0	1	2	13,3	0	0,2
Região do Médio Paraíba	0	1	0	1	0	2	13,3	0	0,2
Região Centro-Sul Fluminense	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Região Baía da Ilha Grande	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0
Estado do Rio de Janeiro	4	1	3	4	3	15	100,0	0	0,1

Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

Figura 6 – Casos prováveis de ZIKA, segundo mês de início de sintomas no estado do Rio de Janeiro, período de 2015 a 2022*.



Fonte: TabNet, SES-RJ, dados atualizados em *1 de junho de 2022 e sujeitos à revisão.

Não houve óbito confirmado por Zika no ano de 2021 e no ano de 2022.

Diferente da situação do CHIKV, o ZIKV não deve causar preocupações em termos de quantidade de casos, embora sua gravidade pelo potencial para causar doenças neuroinvasivas o torna uma grande preocupação para a saúde pública.

Nos anos de 2020, 2021 e 2022 observou-se uma redução significativa na notificação de casos de arboviroses urbanas, em relação aos anos anteriores. Algumas possibilidades plausíveis para o ocorrido podem ser a subnotificação de casos em detrimento da notificação de casos suspeitos de Covid-19, durante o período de pandemia, e/ou a redução de exposição ao risco de contrair a doença por conta do isolamento social imposto pela situação.

2.4 Complicações causadas por infecção por arbovírus

As infecções por arbovírus podem resultar em um amplo espectro de síndromes clínicas, desde doença febril branda até síndromes hemorrágicas e formas neuroinvasivas e malformações congênitas. Entretanto, a maior parte das infecções humanas por arbovírus são assintomáticas ou oligossintomáticas (BRASIL, 2017). Atualmente, o foco principal destas complicações são as arboviroses dengue, chikungunya e Zika por serem as mais prevalentes em nosso meio.

2.4.1 Síndrome Congênita do Zika e STORCH

Desde 2015, em função da Zika ter passado a ser considerada uma Emergência em Saúde Pública, o RJ tornou obrigatória a notificação de gestantes com exantema. Todos os casos que atendam às definições para alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika, como a microcefalia devem ser registrados no formulário eletrônico RESP (Registro de Eventos de Saúde Pública), disponível no endereço:<http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel> (BRASIL, 2017a).

Do início do monitoramento, em novembro de 2015, até a 27ª semana epidemiológica de 2020 (28/06 a 04/07), 1.120 casos foram notificados por 89 municípios do estado. Destes, 495 casos foram descartados, 365 casos foram confirmados para microcefalia por infecção congênita (263 por critério clínico-radiológico, 46 com amostra positiva para vírus Zika e 56 sugestivos de infecção congênita por STORCH (Sífilis/Toxoplasmose/Rubéola/Citomegalovírus/Herpes) e 260 seguiram em investigação. Do total de casos notificados, 103 foram óbitos, sendo que 29 com relação à infecção congênita; 57 não possuíam relação com infecção congênita e 17 permaneciam em investigação.

Os casos notificados de microcefalia descartados seguiram os critérios previstos no Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).

Em 2017, o MS publicou as “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, que traz critérios de classificação baseados em parâmetros clínicos, sinais e sintomas, medidas de curvas de crescimento, exames sorológicos e de imagem, além de ampliar a abordagem para outras alterações que não a microcefalia e agrega as STORCH à abordagem conjunta com a Zika.

A SES/RJ possui, desde junho de 2018, um Comitê Gestor Estadual para elaboração e realização do “Plano de Execução da Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas ou Confirmadas por Síndrome Congênita Associada ao ZIKV (SCZ) e STORCH do estado do Rio de Janeiro”, instituído pelo MS, através da Portaria Nº 3.502, de 19 de dezembro de 2017. O Plano possui 29 ações distribuídas por 10 eixos que visam qualificar

desde a detecção e notificação dos casos até ações intersetoriais para melhor assistência na Saúde, Educação e Assistência Social.

2.4.2 Doenças neuroinvasivas associadas à infecção por arbovírus

A circulação do vírus Zika no país alterou o cenário epidemiológico das manifestações neurológicas, sendo observado desde 2015, um aumento no número de Síndrome de Guillain-Barré, mielite e encefalite. Essas manifestações também estão sendo observadas em alguns casos de chikungunya e de dengue (BRASIL, 2017).

No estado do Rio de Janeiro, a circulação simultânea dos vírus DENV, ZIKV e CHIKV, trouxe maior dificuldade na confirmação do agente etiológico, o que tornou imprescindível a organização de um processo de trabalho visando o monitoramento contínuo das doenças neuroinvasivas por arbovírus, através da **Vigilância Sentinela**.

Entre os anos de 2015 a 2017 foram registrados no FormSUS (Sistema para Criação de Formulários do Sistema Único de Saúde) criado pelo CIEVS Estadual, 159 casos confirmados clinicamente de complicações no sistema neurológico provocadas por doenças como a Zika, chikungunya e dengue. Após este período, verificamos através de reuniões com os coordenadores de vigilância epidemiológica municipais que vários hospitais que não pertenciam à Rede Sentinela vinham identificando e tratando pacientes com quadros de encefalite viral aguda (CID A86), mielite transversa viral aguda (G05.1), encefalomielite disseminada aguda (G05.8) e SGB (G61.0) com confirmação laboratorial de arbovirose. Portanto retornamos à **Vigilância do tipo Universal** para esses casos.

3. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ENTOMOLÓGICA

O *Ae. aegypti* é uma espécie cosmopolita e sua distribuição e frequência estão associadas a ambientes alterados pelo homem, condição que o caracteriza essencialmente como um mosquito do peridomicílio e domicílio humano (CHRISTOPHERS, 1960). O processo de adaptação do *Ae. aegypti* e sua consequente disseminação pelo mundo foram facilitados pelo seu comportamento antropofílico, aumento de sua densidade, mobilidade da população e pela alta produtividade de potenciais criadouros em torno dos domicílios (TAUIL, 2001; SILVEIRA, 2007), tornando-se totalmente domiciliado e adaptado às condições oferecidas pelo homem (CONSOLI & LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, 1994; NOBRE, 1998). O adensamento populacional e, conseqüentemente, o aumento de detritos urbanos, moradias com ausência de infraestrutura de saneamento, e alta mobilidade da população são alguns dos fatores que ampliam e favorecem a presença do *Ae. aegypti* no eixo urbano.

Para o monitoramento da infestação do *Ae. aegypti* no estado do Rio de Janeiro, a SES/RJ, seguindo a orientação do MS, apoiou os municípios na realização de quatro edições obrigatórias dos Levantamentos de Índice Rápido do *Aedes aegypti* – LIRA α , a partir de 2018, nos meses de fevereiro, maio, agosto e outubro, como preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD/SVS/MS. O LIRA α é um método de amostragem cujo objetivo principal é a obtenção de indicadores entomológicos de maneira rápida. No LIRA α é empregada uma técnica de amostragem, onde os imóveis são vistoriados para a busca de larvas ou pupas de *Ae. aegypti* e, em seguida, são calculados os índices de Infestação Predial (IIP) e Índice Breteau (IB) (COELHO et al., 2008). De acordo com as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue (BRASIL, 2009), os parâmetros para definição de risco de um município, considerando o indicador do LIRA α , o IIP, são os seguintes: IIP < 1% = satisfatório; IIP \geq 1% e < 4% = alerta; \geq 4% = alto risco. Esses parâmetros são representados em mapas ou gráficos pelas cores verdes, nível satisfatório, amarelo, representando o nível de alerta, e vermelho, o nível de alto risco.

Com a ocorrência da Pandemia por Covid-19, o MS suspendeu a realização dos levantamentos programados após o de fevereiro de 2020, com o fim de prevenir a transmissão entre os agentes de controle de vetores e a população, retomando em outubro de 2021.

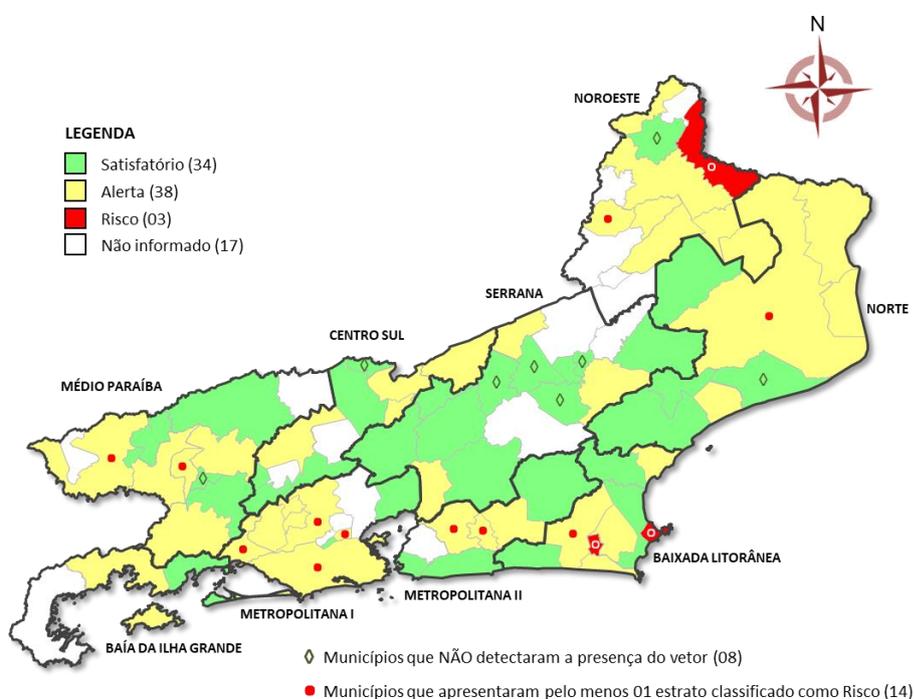
Em 2022, o segundo levantamento foi realizado na 14ª SE, compreendida entre os dias 03 e 09 de abril. Contudo, dos 17 municípios que não realizaram, 09 não o fizeram pela ocorrência de chuvas fortes e enviaram ofício justificando essa impossibilidade.

Com base nas informações recebidas dos municípios, configurou-se o seguinte cenário para o estado:

- Dos 92 municípios, 75 (81,5%) informaram a realização do levantamento. Destes, 34 (45,3%) classificados como satisfatórios, 38 (50,7%) em alerta e 03 (4,0%) em risco. Nesse ciclo, 17 municípios não informaram (18,5%).
- Foram pesquisados 772 estratos amostrais. Destes, 416 (53,9%) classificados como satisfatórios, 313 (40,5%) em alerta e 43 (5,6%) em risco, estes últimos, distribuídos em 14 (18,7%) municípios.

A figura 7 apresenta os índices aferidos no mês de abril de 2022, refletindo a dispersão e intensidade do vetor no estado.

Figura 7 - Mapa dos Índices de Infestação Predial para o *Aedes aegypti* no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de abril de 2022, RJ.



Fonte: DIVDEA/CIASS/SGVS/SUBVAPS/SES/RJ.

Em seis das nove regiões foram identificados estratos em alto risco, colocando os municípios que fazem fronteira entre si e com outros estados em alerta, pela possibilidade de propagação do vetor nestas regiões.

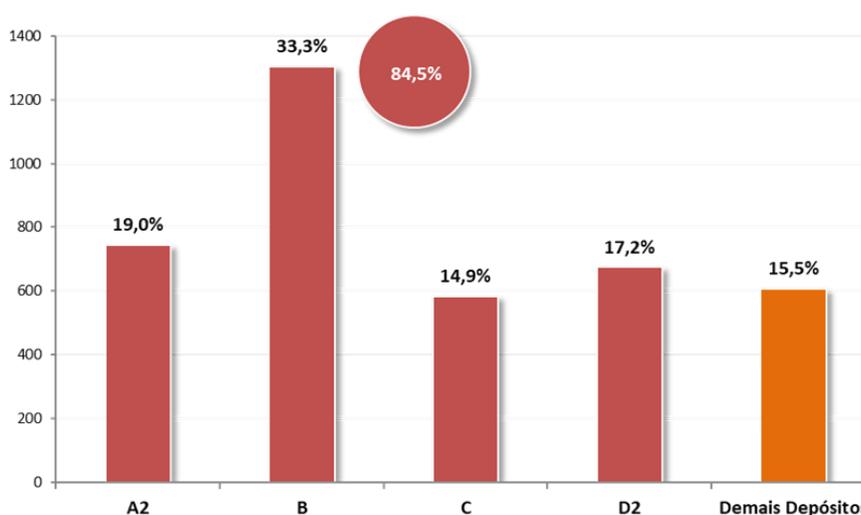
Não foi possível comparar ao LIRA α realizado em abril de 2021.

Os 13 municípios que apresentaram os maiores Índices de Infestação Predial foram: Iguaba Grande (6,5%), Bom Jesus de Itabapoana (4,6%), Armação de Búzios (4,0%), Tanguá (3,9%), Trajano de Moraes (3,9%), Campos dos Goytacazes (3,9%), Volta Redonda (3,3%), Carmo (3,2%), Itaguaí (3,1%), Miracema (2,9%), Rio Claro (2,6%), São José de Ubá (2,2%) e Cambuci (2,1%).

Os oito municípios que apresentaram índice zero foram: Bom Jardim, Comendador Levy Gasparian, Duas Barras, Macuco, Natividade, Pinheiral, Quissamã e Sumidouro.

Os depósitos do tipo A2, B, C e D2 são responsáveis por 84,5% dos 3.917 criadouros encontrados neste levantamento, evidenciando o desafio de prover um serviço público de qualidade, com foco na cobertura e na sua suficiência e de sensibilizar a população quanto à importância do seu papel na prevenção e eliminação de prováveis criadouros do vetor (Figura 8).

Figura 8 - Classificação de criadouros predominantes, por grupo – LIRA α de abril de 2022, RJ.

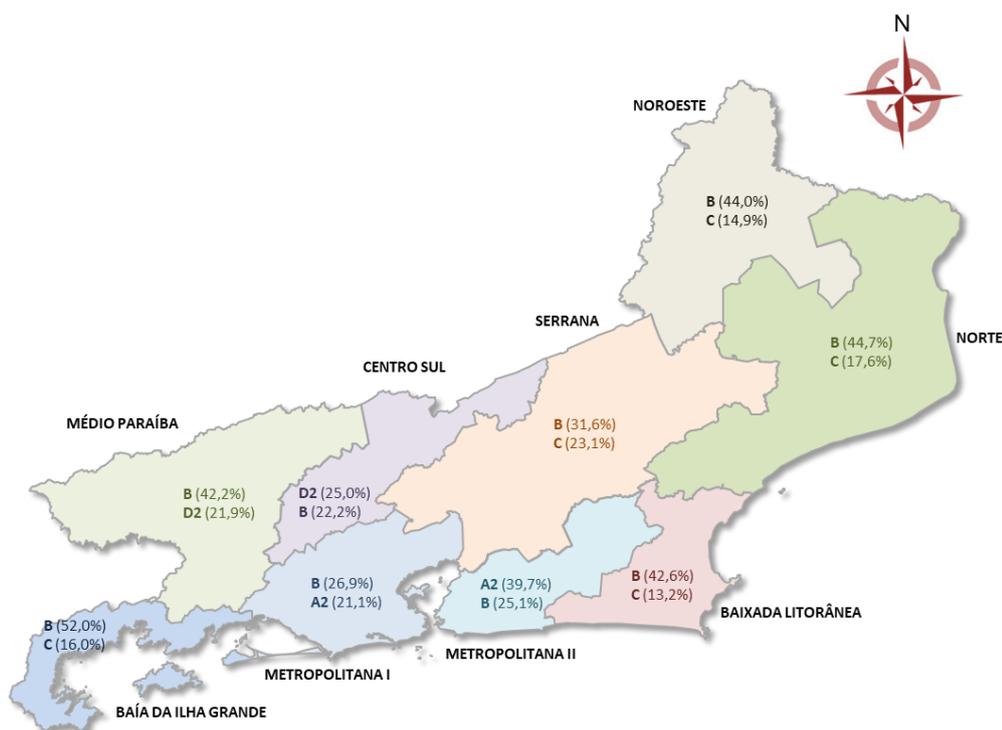


Fonte: DIVDEA/CIASS/SGVS/ SUBVAPS/SES/RJ.

Legenda: Grupo A – depósitos para armazenamento de água; Grupo B – depósitos móveis; Grupo C – depósitos fixos; Grupo D – depósitos passíveis de remoção; Grupo E – depósitos naturais.

Os depósitos para armazenamento de água são os preferenciais nas regiões mais densamente povoadas, evidenciando precariedade no abastecimento público de água. Enquanto nas regiões com áreas urbanas menores, prevalece os depósitos móveis (garrafas, vasos de plantas, bebedouros e outros), como apresenta o mapa da figura 9.

Figura 9 - Mapa por região de criadouros predominantes para o *Aedes aegypti* no estado do Rio de Janeiro – LIRAA de abril de 2022, RJ.



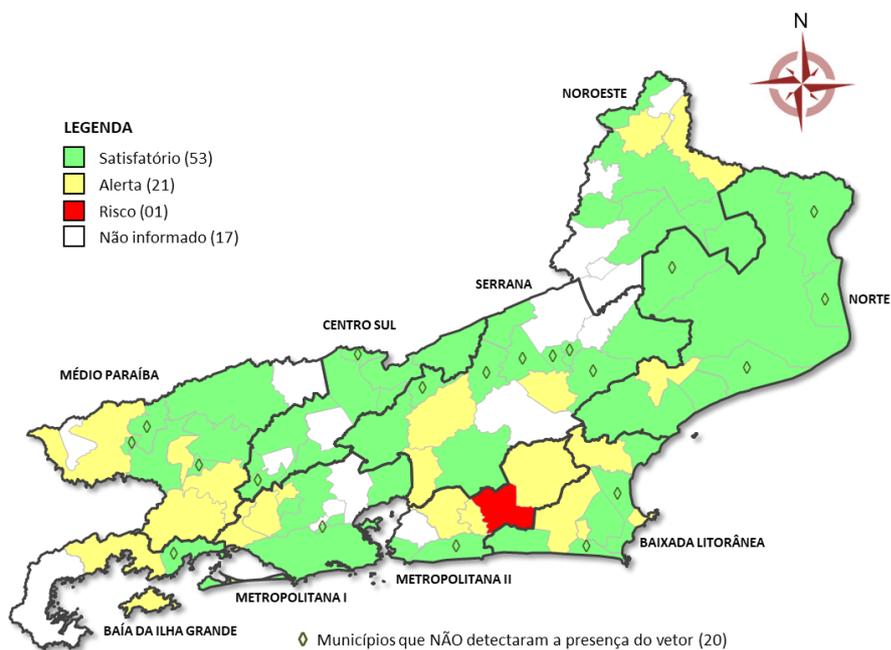
Fonte: DIVDEA/CIASS/SGVS/ SUBVAPS/SES/RJ.

Em relação ao IIP por *Ae. albopictus*, dos 75 municípios que informaram o LIRAA, o vetor foi encontrado em 55 (73,3%), evidenciando sua presença em todas as regiões do estado, como mostra o mapa a seguir (Figura 10), não foi possível comparar com janeiro de 2021.

Os 8 (oito) municípios que apresentaram os maiores IIP para *Ae. albopictus* foram: Rio Bonito (4,3%), Iguaba Grande (3,9%), Guapimirim (3,7%), Bom Jesus de Itabapoana (2,9%), Tanguá (2,9%), Silva Jardim (2,8%), Itaguaí (2,3%) e Conceição de Macabu (2,3%).

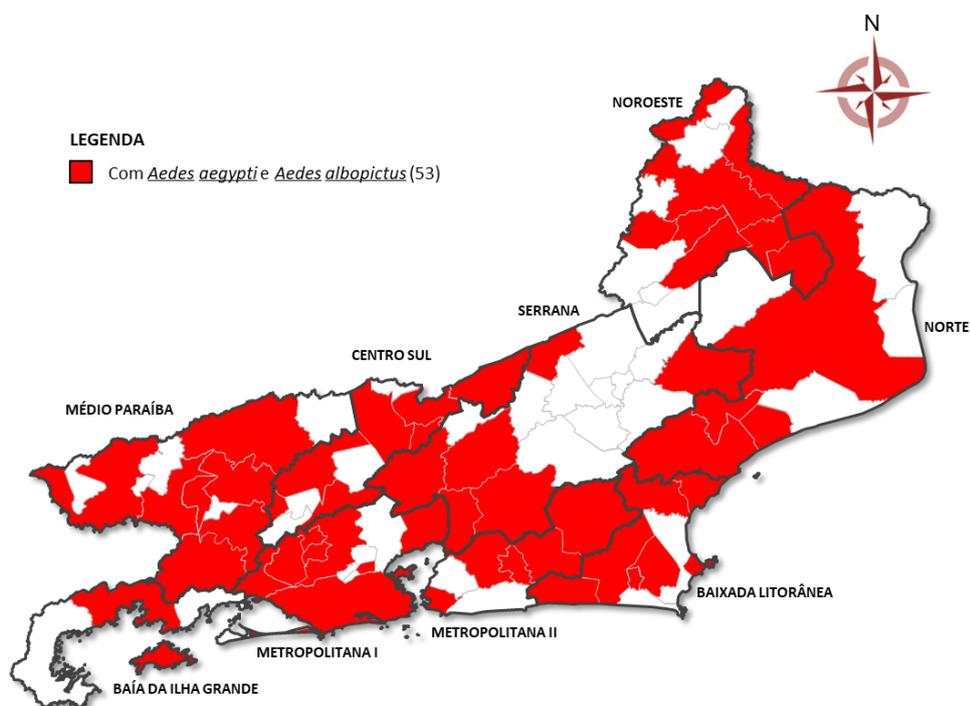
A dispersão simultânea dos vetores em todas as regiões, observado no mapa da figura 11, aponta para a necessidade de monitoramento constante e criterioso, considerando a ocorrência de arboviroses em nosso estado, como a febre de chikungunya, da qual o *Ae. albopictus* também é transmissor.

Figura 10 - Mapa dos Índices de Infestação Predial para o *Aedes albopictus* no estado do Rio de Janeiro – LIRAa de abril de 2022, RJ.



Fonte: DIVDEA/CIASS/SGVS/ SUBVAPS/SES/RJ.

Figura 11 - Mapa de dispersão simultânea do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* no estado do Rio de Janeiro – LIRAa de abril de 2022, RJ



Fonte: DIVDEA/CIASS/SGVS/ SUBVAPS/SES/RJ.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Reduzir a morbimortalidade associada às arboviroses urbanas causadas pelo *Ae. aegypti* no estado do Rio de Janeiro.

4.2 Específicos

- Monitorar a circulação viral de dengue, Zika e chikungunya nas regiões do estado.
- Monitorar e avaliar a situação epidemiológica, identificando as áreas de maior risco para a ocorrência de epidemias.
- Promover processo permanente de mobilização social.
- Qualificar a assistência para atendimento aos pacientes de dengue/chikungunya/Zika.
- Qualificar as ações de bloqueio e controle vetorial em situações de alta transmissão.
- Monitorar a situação epidemiológica dos possíveis casos de chikungunya e Zika, com vistas à detecção precoce dos casos e organização da rede assistencial para acompanhamento dos casos na fase crônica de chikungunya e da microcefalia associada à infecção por arbovírus.
- Estruturar a rede sentinela para monitoramento das arboviroses fora do período de alta transmissão no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

5. METAS

- Assessorar 100% dos municípios na elaboração dos Planos de Contingência.
- Assessorar os municípios na investigação de 100% dos óbitos suspeitos causados por arboviroses, objetivando reavaliar e qualificar as práticas assistenciais nas unidades de saúde.
- Investigar 100% dos óbitos ocorridos em Unidades Próprias da SES.
- Elaborar e divulgar 1 (um) informe técnico quinzenalmente na fase inicial de transmissão e, semanalmente nas fases de alarme e de emergência.
- Apoiar a implantação as Salas Municipais de Situação (ou GT de arboviroses) em 100% dos municípios.
- Apoiar a implantação dos centros de hidratação em 100% dos municípios com demanda identificada.
- Implantar porta de entrada diferenciada e classificação de risco de dengue, chikungunya e Zika em 100% das Unidades Próprias da SES e Centros de Hidratação.
- Abordar o tema de diagnóstico e tratamento de síndromes febris exantemáticas (dengue, chikungunya e Zika), em gestantes, na “Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual”, em 100% das regiões de saúde do RJ;
- Capacitar através de 1 (um) ciclo específico, os servidores do quadro permanente dos profissionais de saúde do RJ, sobre a temática da transmissão, cenário epidemiológico, diagnóstico e tratamento das arboviroses transmitidas pelo *Ae. aegypti* (dengue, chikungunya e Zika), através do Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento – PCA da SES/RJ.
- Oferecer 1 (um) ciclo de videoconferências e minicursos, para profissionais de saúde do SUS, sobre as arboviroses urbanas causadas pelo mosquito *Ae. aegypti*, através da plataforma do Telessaúde/UERJ.

6 COMPONENTES - AÇÕES PROPOSTAS

6.1 Capacidade estimada de resposta da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro conta atualmente com uma proporção de população cadastrada na Atenção Primária à Saúde (APS) de 57,03% (Competência dezembro de 2021). O quadro 1 a seguir apresenta as coberturas por Região de Saúde e município.

Quadro 1 – Coberturas de unidades e equipes de APS, por região de saúde e município, no estado do Rio de Janeiro, ano 2021.

Município	Unidades básicas de saúde ¹	Equipes de Saúde da Família ²	Equipes de Atenção Primária 30h ²	Equipes de Atenção Primária 20h ²	Agentes comunitários de saúde ³	Proporção de pop. Cadastrada na APS ⁴
Baía da Ilha Grande	78	59	4	1	307	54,90%
Baixada Litorânea	147	150	5	1	762	48,9%
Centro Sul	176	127	2	0	648	92,2%
Médio Paraíba	242	229	16	7	1.069	77,7%
Metropolitana I	575	1.586	29	19	8.368	57,2%
Metropolitana II	280	429	11	16	1.876	49,1%
Noroeste	143	104	0	5	601	81,5%
Norte	207	105	45	0	700	39,0%
Serrana	214	158	14	7	925	57,5%

Fontes:

1 - SCNES, acesso pelo Tabnet/DATASUS, soma dos tipos de estabelecimento "centro de Saúde/unidade básica de saúde"; "posto de saúde"; "unidade mista"; com filtro para "esfera jurídica", restringindo à administração pública; competência dezembro de 2021.

2 - e-Gestor/MS, Relatório "Pagamento APS", equipes pagas, competência dezembro/2021.

3 - e-Gestor/MS, Relatório "Pagamento APS", soma da 'coluna ACS dividido por 1550' da aba "Ações estratégicas - outros" e da coluna 'Qt. ACS (95% e 5%)' da aba "ACS", competência dezembro/2021.

4 - e-Gestor/MS, Relatório "Histórico de Cobertura", competência dezembro/2021.

A Atenção Primária à Saúde possui papel fundamental tanto no controle do vetor transmissor das arboviroses quanto na identificação de casos suspeitos, notificação e acompanhamento dos mesmos, além da disseminação de informações úteis para o enfrentamento das infecções pelos arbovírus.

Contudo, as coberturas de APS no estado possuem importante variação entre as regiões, com a região Norte apresentando 39% de cobertura e a região Centro Sul, 92,2%, por exemplo.

O quadro acima também contém o panorama de Unidades de APS por município, bem como o número de equipes, por tipo, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este dado é de extrema relevância para dimensionar a capacidade de resposta deste nível de atenção de que deve ser levado em consideração para a elaboração de ações de intervenção pela APS, para que sejam próximas a realidade de cada território e efetivas ao máximo.

6.2 Assistência

6.2.1 Fundamentação teórica sobre a ação

A quase totalidade dos óbitos por dengue é evitável e depende, na maioria das vezes, da qualidade da assistência prestada e da organização da rede de serviços de saúde.

A realização do acolhimento com classificação de risco, baseada na gravidade da doença, é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade da assistência. A classificação de risco tem por objetivo reduzir o tempo de espera do paciente por atendimento médico, visando à aceleração do diagnóstico, tratamento e internação, quando for o caso, contribuindo para a organização do fluxo de pacientes na unidade de saúde e a priorização do atendimento dos casos de acordo com a gravidade.

A organização da rede de serviços de saúde é condição para o enfrentamento de uma epidemia de dengue, chikungunya e Zika. O estabelecimento de protocolos clínicos, sistema de referência e contrarreferência, com base na classificação de risco, torna possível o atendimento oportuno e de qualidade ao doente, condição fundamental para evitar a ocorrência de óbitos. A porta de entrada preferencial para atendimento de casos suspeitos é a Atenção Primária à Saúde, porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender, e se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência.

A rede assistencial deverá ser organizada para acompanhamento dos casos crônicos de chikungunya e Zika, sendo estabelecido para isso unidades de referência para tratamento e reabilitação. É necessário também que seja estabelecido o fluxo para a assistência dos portadores destes agravos, incluindo as crianças portadoras de microcefalia.

Face ao cenário epidemiológico apresentado todos os anos em nosso país, torna-se necessário qualificar e organizar os serviços em todos os níveis. Para tal, a SES/RJ apresenta,

neste Plano de Contingência, ações voltadas para classificação de risco, organização dos serviços e as estratégias para enfrentamento de uma epidemia de dengue/chikungunya/Zika, seguindo as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue e Preparação para resposta ao vírus chikungunya no Brasil – MS.

Neste sentido, desde 2012 técnicos da SES/RJ têm avaliado a necessidade de suporte assistencial durante os processos epidêmicos, implantando os centros de hidratação (CH), com treinamento da equipe técnica local no que diz respeito ao fluxo de atendimento e manejo clínico. Em setembro de 2015 iniciamos o processo de qualificação de profissionais municipais (médicos e enfermeiros) sobre manejo clínico de dengue/chikungunya/Zika, incluindo a distribuição de material didático. Estes profissionais qualificados tinham a função de multiplicar a informação recebida em seus municípios. Para o próximo ciclo do presente plano a equipe técnica da SES/RJ continuará com o trabalho de qualificação/supervisão do fluxo adotado e manejo clínico dos agravos.

A SES/RJ disponibiliza em suas páginas, na internet, os protocolos de manejo dos pacientes das três doenças, como forma de facilitar o acesso e o diagnóstico a todos os profissionais médicos, além de possuir um sistema de informação próprio para atendimento dos casos suspeitos de dengue nas unidades de pronto atendimento (UPA). Este sistema de informação entra em funcionamento assim que o número de casos comece a se elevar. Também estão disponíveis informações dirigidas aos profissionais de saúde e usuários sobre a situação epidemiológica/entomológica e quadro clínico de chikungunya e Zika.

O monitoramento da situação de cada município, bem como da necessidade de suporte nas ações assistenciais, será realizado por representantes regionais da SES e pelo GT Arboviroses/SES/RJ, por meio dos GT Regionais Ampliados de Vigilância em Saúde e Atenção Básica, instância permanente de discussões dos problemas de saúde das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e das Salas Municipais de Coordenação e Controle em cada município.

A seguir apresentamos o quadro 2 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente à assistência ao paciente.

Quadro 2 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Assistência.

AÇÕES PARA RESPOSTA DE EMERGÊNCIA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: ASSISTÊNCIA			
Fortalecer o processo de acolhimento e tratamento dos pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Implantar Centros de Hidratação (CH) nos municípios, de acordo com a avaliação de necessidade (baseado nos dados de notificação) e plano de contingência municipal.	Utilizar equipe de URR/SIEVS para apoiar a implantação do CH	SUBVAPS/SUBA S
	Implantar tendas de hidratação nas localidades em situação de desassistência nos municípios com epidemia de arboviroses	Acionamento a partir de identificação de necessidade pelo GT Arboviroses e SUBVAPS	
	Acionar o funcionamento dos Hospitais de Campanha da SES em situação de desassistência nos municípios com epidemia de arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Acionamento a partir de identificação de necessidade pelo GT Arboviroses e Secretário de Estado de Saúde	
	Implantar rotinas e protocolos de atendimento (organização de porta de entrada) nas unidades de urgência e emergência	Utilizar equipe de URR/SIEVS para apoiar a implantação do CH	
	Disponibilizar para as Secretarias Municipais de Saúde os impressos padronizados de atendimento de pacientes com arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Manter estoque estratégico e distribuir no momento da implantação dos CH pela equipe da URR/SIEVS	
	Divulgar junto aos profissionais de saúde, serviços de saúde públicos e privados e conselhos de classe o protocolo de atendimento de pacientes com dengue via WEB	Postar o protocolo no site da SES, Rio com Saúde e Rio contra a Dengue.	
	Divulgar aos gestores e profissionais de saúde do RJ, capacitações e eventos relacionados às arboviroses transmitidas pelo <i>Ae. aegypti</i> .	Produzir 1 (uma) edição especial do “Informativo Educação em Saúde”, referente ao tema.	
	Abordar o diagnóstico e o tratamento de doenças exantemáticas (dengue, chikungunya e Zika), em gestantes na “Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual”.	Fase 1: material na Plataforma do Telessaúde. Fase 2: material na Plataforma do Telessaúde, videoaula, encontro presencial, aula prática.	

	Atualizar o conteúdo das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika) na Capacitação em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual para médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	Conteúdo atualizado para disponibilização na Plataforma Telessaúde.	
	Prover o abastecimento e reabastecimento dos centros de hidratação com insumos e medicamentos, de acordo com a produção apresentada e caracterização de cenário epidemiológico.	Manter estoque estratégico na Central Geral de Abastecimento (CGA)	
	Fortalecer o monitoramento de casos de crianças suspeitas e confirmadas para Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e STORCH, apoiado pelo Comitê Gestor Estadual para SCZ E STORCH	Pactuação regional	SUPAPS
	Discutir a temática das Arboviroses nos espaços de Diálogo da Atenção Primária (Fóruns e Grupos de Trabalho mensais)	Pactuação regional	SUPAPS
	Apoiar a Vigilância em Saúde na divulgação de informações técnicas referentes à temática e divulgar materiais próprios referentes ao mesmo	Pactuação regional	SUPAPS
	Trabalhar em conjunto com a vigilância na qualificação dos profissionais da APS para manejo clínico das arboviroses	Pactuação regional	SUPAPS
	Elaborar e divulgar material orientador com ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde de Enfrentamento às Arboviroses	Divulgar eletronicamente o material orientador	SUPAPS
	Publicar e Divulgar Nota Técnica conjunta SUPAPS/SUPVEA de ações integradas entre Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate à Endemias no enfrentamento às Arboviroses	Publicar e divulgar Eletronicamente a Nota Técnica Conjunta	SUPAPS/SUPVEA

6.2.2 Projeção de serviços necessários

6.2.2.1 Dengue

Na análise de cenários, foram consideradas as taxas de incidência de dengue semanais e demais parâmetros, tendo como base o histórico de transmissões da doença no estado do Rio de Janeiro e os Protocolos de Manejo Clínico elaborados pelo MS, a saber:

- Cinco (5) consultas ambulatoriais para cada paciente sintomático.
- Necessidade de hidratação venosa em 15% dos pacientes sintomáticos.
- Internação hospitalar em 5% dos casos sintomáticos (em cenários de circulação de DENV-1, 2 e 3) ou 2% dos casos (em cenários de DENV-4).
- Internação em leitos de Terapia Intensiva de 0,5% dos casos sintomáticos.
- Tempo médio de permanência de 5 dias em leitos clínicos.
- Tempo médio de permanência de 7 dias em leitos de terapia intensiva.

A projeção do número de atendimentos de dengue baseou-se na ocorrência de casos sintomáticos no estado, podendo ser de 800 a 32.000 casos por semana, requerendo, respectivamente, 3.200 a 128.000 consultas em caso de transmissão sustentada. Conforme já comentado anteriormente, as perspectivas para ocorrência de uma transmissão importante de dengue são baixas para o próximo verão.

6.2.2.2 Chikungunya

Considerando o cenário mundial para essa doença, onde as taxas de ataque variam de 4 a 34%, com base na população do estado do Rio de Janeiro e sua susceptibilidade à doença, estimou-se cerca de 10% de casos sintomáticos durante o período sazonal (dezembro a maio), o que corresponderia a, aproximadamente, 1.600.000 casos no período, ou seja, cerca de 133.000 casos por semana. Para a elaboração desse cenário utilizou-se como referência a dinâmica das epidemias, inferindo uma média das taxas de ataque em

vários países, como Ilha Réunion, Saint Martin, Saint Barthelemy, Dominica, Guadalupe e República Dominicana. Para tanto, foram estimados os seguintes parâmetros:

- Quatro (4) consultas ambulatoriais para cada caso sintomático
- Um (1) caso grave para cada 1.000 casos sintomáticos
- Cinquenta por cento (50%) de neonatos sintomáticos
- Noventa por cento (90%) dos neonatos sintomáticos desenvolvendo formas graves
- Sessenta e quatro por cento (64%) dos casos sintomáticos desenvolvendo forma crônica no 1º ano
- Doze por cento (12%) dos sintomáticos desenvolvendo forma crônica até o 3º ano.

6.2.2.3 Zika

Os casos sintomáticos de Zika deverão receber tratamento baseado no uso de acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser considerados. Não é recomendado o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e outros anti-inflamatórios, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus. Os casos suspeitos devem ser tratados como dengue, devido à sua maior frequência e gravidade conhecida.

Assim os serviços de saúde devem estar preparados para atenderem esta demanda, estando sensíveis e organizados para a notificação e investigação dos casos.

Para melhor acompanhamento dos casos mais graves, o RJ vem monitorando desde novembro de 2015 as gestantes que apresentaram exantema em algum período da gestação. Esse grupo de prováveis casos requer uma atenção diferenciada, por conta do risco de ocorrência de casos de Síndrome Neurológica pós-doença exantemática, que serão monitoradas por uma rede sentinela de doenças neuroinvasivas, coordenada pela SES, com participação de várias unidades hospitalares no estado, que integram essa rede. Como mencionado na análise do cenário, a perspectiva de circulação da Zika é baixa, podendo os casos que ocorrerem simultaneamente à circulação da chikungunya, serem absorvidos com base no mesmo protocolo.

6.2.3 Implantação dos Centros de Hidratação - CH

Conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 2.201 de 9 de maio de 2013, que aprova as ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do estado do Rio de Janeiro), a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) apoiará as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na implantação de centros de hidratação (CH) destinados a pacientes com suspeita de dengue, chikungunya ou Zika.

Cabem à SES/RJ o fornecimento de insumos, medicamentos, materiais e impressos para a implantação e funcionamento dos CH nos locais previamente definidos nos respectivos planos de contingência.

Os centros de hidratação somente serão implantados mediante solicitação da SMS e após avaliação do GT-Arboviroses e da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da SES/RJ. A avaliação será feita com base no cenário epidemiológico da localidade e na oferta assistencial.

As SMS devem providenciar a estruturação dos locais para implantação dos CH, com garantia de funcionamento 24h e estrutura mínima que contemple climatização (ventiladores ou ar-condicionado), banheiros, recepção, pontos de água para instalação de bebedouros e limpeza, assim como garantir os Recursos Humanos necessários para o adequado funcionamento dos CH.

A seguir apresentamos o quadro 3 com a lista de itens para os CH que são de responsabilidade da SES/RJ.

Quadro 3 - Itens dos centros de hidratação sob responsabilidade da SES/RJ.

MEDICAMENTO
Soro fisiológico 0,9% (frasco de 500 mL)
Soro glicosado 5% (frasco de 500 mL)
Soro ringer lactato (frasco de 500 mL)
Soro de reidratação oral (envelope 1 litro)
Paracetamol gotas/frasco e comp 500 mg
Dipirona ampola 500mg/ml, gotas e comp 500 mg
Metoclopramida ampola
Ranitidina ampola
Bromoprida ampola
Norepinefrina ampola
Furosemida ampola

MATERIAL
Bebedouro suporte para galão de água
Poltronas de hidratação
Longarina de 3 lugares
Suporte de soro
Equipo de soro macrogotas
Esfignomanômetro com braçadeira adulto
Esfignomanômetro com braçadeira infantil
Estetoscópio infantil e adulto
Termômetro clínico
Luva de procedimento M e G
Cateter venoso periférico nº 18, 20 e 22
Scalp nº 21 e 23
Agulha descartável nº 25x8 e 40x12
Seringa descartável nº 5 CC e 20 CC

7.VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E LABORATORIAL

Apresentamos a seguir o quadro 4 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente à vigilância epidemiológica e laboratorial.

Quadro 4 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Vigilância Epidemiológica e Laboratorial.

AÇÕES PARA RESPOSTA PERMANENTES			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E LABORATORIAL			
Assessorar tecnicamente os municípios	Assessorar as Secretarias Municipais de Saúde no cumprimento das atividades de vigilância epidemiológica da dengue, chikungunya e Zika	Elaborar planejamento e cronograma anual	SUBVAPS (COOVE; DIVDEA)
	Analisar os dados de notificação das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika), divulgando semestralmente o Boletim Epidemiológico (BE) e semanalmente a planilha de dados/indicadores gerais.	Exportação de bancos do SINAN e atualização de diferentes indicadores	
	Investigar oportunamente, em caráter complementar, os óbitos por dengue, chikungunya e Zika.	Comissão Estadual de Investigação de Óbitos	
	Assessorar tecnicamente os municípios na investigação dos óbitos por dengue, chikungunya e Zika.	Através do GT de investigação de óbitos	
	Assessorar tecnicamente os municípios na investigação dos casos com complicações possivelmente associadas à infecção por arbovírus (microcefalias, doenças neuroinvasivas, etc.), identificando as possíveis causas.	Exportação e análise do RESP e SINAN	SUBVAPS (SIEVS; COOVE)
	Analisar dados de notificação de gestante com exantema e microcefalia, divulgando mensalmente/oportunamente o Boletim Epidemiológico.	Exportação e análise do RESP e SINAN	SUBVAPS (SIEVS; COOVE)
Garantir a realização de exames específicos de dengue, chikungunya e Zika	Realizar os seguintes exames: Sorologia: Dengue – IgM Chikungunya - IgM e IgG Zika – IgM e IgG Molecular: RT-qPCR – Dengue, Zika e Chikungunya	Os municípios podem prover os exames sorológicos em laboratórios próprios ou por prestadores.	LACEN RJ e SUBVAPS
	Definir, de acordo com o cenário epidemiológico de cada município, os critérios de realização de exames sorológicos e de tipificação viral para o vírus da dengue.	Considerar as indicações previstas em nível nacional, da COOVE estadual e a caracterização de vírus circulante no município.	
	Apoiar os municípios para a realização de coleta e transporte de amostras para caracterização de circulação viral.		

8. CONTROLE DO VETOR

Apresentamos a seguir o quadro 5 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente ao controle vetorial.

Quadro 5 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Controle do Vetor.

AÇÕES DE CONTINGÊNCIA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: CONTROLE DO VETOR			
Assessorar tecnicamente os municípios	Assessorar tecnicamente os municípios para cumprimento das atividades de prevenção e controle do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> .	Manter agenda periódica de visitas aos municípios, para monitorar as ações e sugerir ajustes, de acordo com o cenário epidemiológico.	SUBVAPS (COOVA; SIEVS)
	Acompanhar as ações de controle do vetor previstas nos Planos Municipais de Contingência (PC) da dengue, chikungunya e Zika.	Utilizar matriz de avaliação das ações previstas nos planos, por município.	
	Realizar acompanhamento técnico nos municípios com aumento de transmissão de dengue e identificação de casos de chikungunya e Zika.	Readequar a agenda de monitoramento e assessoramento, de acordo com o cenário.	
	Disponibilizar equipamentos aos municípios, quando necessário, para complementar as ações de controle do vetor - Ações de Bloqueio	Identificar a capacidade de resposta dos municípios que requeira o uso de nebulizadores.	
	Identificar municípios e regiões com transmissão elevada de dengue, chikungunya e Zika.	Participar das reuniões periódicas do GT Arboviroses/SES/RJ, para conhecer a situação da transmissão nos municípios.	
	Intensificar ações intersetoriais com atividades semanais, como por exemplo "10 minutos salvam vidas".	Incentivar a adesão dos municípios ao projeto durante as visitas de assessoramento.	
Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde nas ações de bloqueio vetorial	Disponibilizar insumos e equipamentos às SMS para as ações de bloqueio (inseticidas, máscaras), previstos como responsabilidade do ente estadual.	Manter atualizada as informações sobre os novos insumos: Cielo; Fludora e Natular para o ACE que manuseiam inseticidas.	SUBVAPS (COOVA)
	Elaborar, em conjunto com as SMS, plano de utilização de UBV.	Planejar ações de utilização de UBV, conforme dados epidemiológicos avaliando a necessidade da atividade de forma complementar.	SUBVAPS (COOVA)/LACEN RJ

<p>Ações coordenadas para diminuição da intensidade de transmissão</p>	<p><i>Incentivar os municípios a fortalecerem as seguintes atividades nas áreas mais críticas:</i></p> <p>Eliminação mecânica e tratamento de criadouros (Bloqueio focal), redução de pendência nas áreas delimitadas;</p> <p>Priorizar supervisão;</p> <p>Realizar mutirão de limpeza;</p> <p>Realizar ações de controle de formas adultas com utilização de equipamentos de UVB portátil e/ou pesada;</p> <p>Fortalecer ações integradas com as equipes de ESF da área delimitada, definindo atribuições específicas de atuação, conforme Portaria Nº 13.595 de 2018;</p> <p>Definir em conjunto com a comunicação apoio às ações de bloqueio;</p> <p>Avaliar os indicadores operacionais após a intervenção;</p> <p>Apoiar o uso de novas metodologias para o controle do vetor, recomendadas pelo MS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de larvitrapas e ovitrapas como forma de monitoramento de dispersão do vetor - Apoiar as Coordenações municipais de APS a fortalecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde com foco na disseminação de informação sobre os vetores e identificação de possíveis focos dos mesmos quando das visitas domiciliares. 	<p>Manter equipe de monitoramento e assessoramento, acompanhando os municípios periodicamente.</p>	<p>SUBVAPS (COOVA)</p>
--	---	--	------------------------

9. COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

9.1 Fundamentação teórica sobre a ação

O desenvolvimento das práticas educativas no SUS tem por base as ações de comunicação, imprescindíveis para fomentar os processos de mobilização. O objetivo dessas ações é a adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento de determinado problema. Tais ações podem tanto estimular a mobilização a partir de organizações sociais já existentes quanto fomentar a criação de grupos ou associações que trabalhem em ações de prevenção e controle.

Essas áreas (comunicação e mobilização) devem manter ações e atividades estratégicas e de rotina nas instituições nas quais estão inseridas, de forma articulada e complementar, de modo a potencializar a divulgação, discussão e compreensão de temas eleitos como prioritários e de relevância em Saúde Pública.

Ferramenta primordial na disseminação de informações, a comunicação compreende as estratégias de ocupação dos espaços de mídia comercial, estatal e alternativa (como rádios comunitárias), bem como a produção de material de acordo com o conhecimento, a linguagem e a realidade regionais. Essas ações devem ser articuladas com as estratégias de mobilização, garantindo a participação de todos os envolvidos na elaboração desses materiais.

Apresentamos a seguir o quadro 6 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente à comunicação e mobilização social.

Quadro 6 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Comunicação e Mobilização Social.

AÇÕES PARA RESPOSTA DE ROTINA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: COMUNICAÇÃO			
Divulgar as informações entomoepidemiológicas	Elaborar e divulgar informes com dados sobre o LIRAa nos municípios, áreas prioritárias, dados operacionais	Divulgação dos dados nos Website: www.saude.rj.gov.br e nas Redes saúde.gov.br.	SUBVAPS/ ASSCSV
	Elaborar e divulgar dados sobre notificação de casos e óbitos por arboviroses	Divulgação de boletim semanal à imprensa e website	
Aprimorar as estratégias de comunicação de risco.	Definir porta voz para comunicação das ações e cenário de dengue, chikungunya e Zika no estado.	Definição principais mensagens no GT Arboviroses	ASSCSV/SES
Divulgar a Campanha “10 Minutos Salvam Vidas”	Divulgar na mídia (espontânea) e nas redes da Secretaria a campanha “10 Minutos Salvam Vidas”.	Website: www.saude.rj.gov.br	
Divulgar informações sobre cuidados do paciente com dengue, chikungunya e Zika	Divulgar na mídia (espontânea) e nas redes da Secretaria informações sobre sinais e sintomas das arboviroses, hidratação oral, sinais de alerta, seguimento do tratamento e acompanhamento.	Notas e comunicados à imprensa. Gravar e divulgar vídeos com nosso porta-voz. Posts para as redes da Secretaria.	
Campanha publicitária	Pedido de realização de campanha publicitária alertando sobre a necessidade de se evitar focos de mosquito transmissor de arboviroses	Plano de mídia, envolvendo veículos de circulação estadual e regional, elaborado pela Publicidade da Casa Civil	

10. AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ABRANGÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS (GESTÃO)

10.1 Fundamentação teórica sobre a ação

É necessário compreender que o sucesso no controle dos agravos se dará apenas quando a gestão assumir o pleno comando da integração das ações setoriais e intersetoriais.

Os eixos prioritários da gestão são:

- Organização da assistência;
- Vigilâncias epidemiológica e sanitária e controle de vetores;
- Apoio administrativo e logístico;
- Constituição de comitê técnico e de comitê de mobilização;
- Formação profissional e educação permanente;
- Gestão de pessoas;
- Comunicação;
- Planejamento estratégico, programação (elaboração dos planos municipais) e monitoramento.

Cabe ainda observar que o planejamento estratégico destas ações será potencializado com a participação de todos os protagonistas. A gestão não pode desconsiderar o papel importante que tem o trabalhador, os diversos setores de governo e a sociedade organizada na formulação dos planos estadual e municipais. A experiência do SUS demonstra que a participação de todos na construção das propostas subsidiadas nas diretrizes assegura o vigor necessário para o sucesso deste enfrentamento. Abaixo seguem algumas das ações pertinentes a este componente:

- Manter as reuniões periódicas do Grupo Técnico, no âmbito do estado, grupo responsável pela coordenação do Plano, que terá como atribuições acompanhar, monitorar, avaliar e adequar periodicamente o Plano de Ação e definir as estratégias a serem implementadas.

- Apresentar as ações contempladas neste Plano nas CIR e na CIB periodicamente, atualizando a situação entomoepidemiológica do estado.
- Mobilizar os gestores municipais da saúde, para o enfrentamento da dengue, chikungunya, Zika e as complicações associadas à infecção por arbovírus.
- Mobilizar os municípios para entrega e/ou atualização dos Planos de Contingência municipais à SES/RJ, em tempo oportuno para sua operacionalização.
- Organizar o processo de resposta coordenada, a partir das informações da vigilância epidemiológica, relatórios de casos e do Diagrama de Controle.
- Garantir o financiamento das ações, incrementando os procedimentos administrativos para dar celeridade na conclusão dos processos licitatórios.
- Promover ações de educação em saúde para profissionais de saúde do RJ.
- Sensibilizar os gestores municipais de saúde, por meio de reuniões das Comissões de Integração Ensino e Serviço – CIES (Regionais e Estadual), Comissão Intergestores Regional - CIR, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, e Comissão Intergestores Bipartite – CIB, para divulgação e adesão nas ações de educação propostas neste plano.
- Qualificar médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e das unidades de saúde, abordando os temas de acolhimento, diagnóstico e tratamento de todos os pacientes classificados como casos suspeitos de arboviroses e as complicações associadas à infecção por arbovírus.

Apresentamos a seguir o quadro 7 com a descrição das ações, conforme a necessidade de resposta, referente à gestão.

Quadro 7 - Descrição das ações, conforme a necessidade da resposta – Gestão.

AÇÕES PARA RESPOSTA			
AÇÕES	ATIVIDADES	ESTRATÉGIA	SETOR RESPONSÁVEL
COMPONENTE: GESTÃO			
Estruturar o processo de tomada de decisão e apoio às Secretarias Municipais de Saúde (Ações que devem ser desenvolvidas em caráter permanente)	Acompanhar as reuniões dos GTVS e GTAPS para apoiar as regiões no enfrentamento às arboviroses.	Participar das reuniões, para definir em conjunto com os municípios as ações a serem implementadas.	SUBVAPS
	Reuniões periódicas do GT Arboviroses da SES para tomada de decisão das ações de apoio aos municípios.	Reuniões quinzenais, semanais ou em menor intervalo	
	Realizar o monitoramento das atividades previstas em cada componente do Plano de Ação da SES através do GT Arboviroses.	Manter reuniões periódicas do GT.	
	Monitorar o desenvolvimento das ações previstas nos Planos de Contingência municipais.	Priorização dos municípios com elevada transmissão de das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika).	
	Mobilizar os gestores municipais de saúde para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle das arboviroses e as complicações associadas à infecção por arbovírus.	Pautar o tema dengue, chikungunya e Zika em todas as reuniões da CIB e nas reuniões das CIR das regiões com elevada transmissão.	
Estruturar força de trabalho no âmbito da SES e logística (ações que devem ser desenvolvidas em situação de emergência)	Suspender ações e supervisões de rotina no âmbito da SUPVEA	Comunicar oficialmente equipe interna e municípios sobre alterações na rotina.	SUBVAPS
	Redimensionar quantitativo de veículos para apoio ao corpo técnico da SUPVEA	Rever agenda de prioridades.	
	Organizar grupo de apoio às ações de prevenção e controle das arboviroses com profissionais de saúde das diversas áreas da SES	Profissionais da SUBVAPS, SUBAS	
	Mobilizar os gestores municipais de saúde para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle das arboviroses.	Pautar o tema dengue, chikungunya e Zika em todas as reuniões da CIB e nas reuniões das CIR das regiões com elevada transmissão.	

11. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Para garantir a consecução das ações deste plano, o GT terá como um dos seus desafios a monitorização permanente das metas estabelecidas, visando a identificação prévia de procedimentos e estratégias que não estejam sendo cumpridos, na perspectiva de implementar possíveis ajustes e correções ao longo de sua execução.

Cada área técnica representada no GT terá como atribuição identificar e comunicar oportunamente nas reuniões periódicas quaisquer dificuldades ou impedimentos para o cumprimento das ações, para que medidas sejam tomadas no sentido de evitar a interrupção ou atraso das mesmas.

11. 1 Equipe responsável pela elaboração e execução do plano

Foi instituído pelo Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através da Resolução SES/RJ N° 383 de 11 de julho de 2012, Grupo Técnico de Dengue – GT-Dengue do estado do Rio de Janeiro, atualmente intitulado de GT-Arboviroses, constituído por membros titulares e suplentes, representantes das seguintes áreas:

I – Gabinete do Secretário;

A) Assessoria de Comunicação, Design e Eventos;

II - Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde da SES/RJ, que será responsável pela coordenação do GT-Arboviroses:

B) Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;

a. Coordenação de Vigilância Epidemiológica;

i. Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses;

b. Coordenação de Vigilância Ambiental;

i. Divisão de Controle de Vetores;

C) Superintendência de Emergência em Saúde Pública;

D) Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde;

E) Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde;

- a. Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde;
 - i. Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais;
 - b. Coordenação de Administração e Logística;
- F) Superintendência de Atenção Primária à Saúde;
- III - Subsecretaria de Atenção à Saúde;
- G) Superintendência de Regulação;
- H) Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares
- IV - Subsecretaria de Geral;
- I) Superintendência de Educação em Saúde;
- V - Subsecretaria Executiva;
- VI – Fundação Saúde
- J) Laboratório Central de Saúde Pública do Rio de Janeiro.

11.2 Atribuições do GT-Arboviroses

As atribuições do GT-Arboviroses da SES/RJ estão descritas a seguir:

- I - Implantar e apoiar as ações de prevenção e controle das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika) no âmbito do estado;
- II - Monitorar e avaliar, com as áreas técnicas, a implantação das ações de prevenção e controle das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika), bem como recomendar as alterações e adequações que forem necessárias, de acordo com as deliberações definidas nas reuniões do GT;
- III - Manter o Gabinete do Secretário atualizado quanto às ações desencadeadas visando a prevenção e o controle das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika), tanto de responsabilidade do estado como aquelas efetivadas pelos municípios;

IV - Elaborar e manter atualizado o Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Urbanas Causadas pelo *Aedes aegypti* para o período de epidemias, bem como direcionar às áreas técnicas para a avaliação dos Planos Regionais;

V - Convocar eventualmente o Grupo Técnico de Assessoramento à Eventos de Saúde Pública da SES-RJ ou outros profissionais de notório saber, para apresentação das ações planejadas, visando a apreciação do plano para contribuições no seu aperfeiçoamento.

VI - Definir estratégias de apoio oportuno aos municípios quando observada a impossibilidade desses em responder a uma situação de emergência, ou quando houver solicitação de apoio ao estado por parte dos mesmos;

VII - Estudar e definir formas de financiamento para a efetiva execução das ações planejadas;

VIII - Promover a articulação com outras Secretarias de Estado para implantação de ações de forma integrada.

12. Referências consultadas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277> /. Acesso 27 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf ISBN 978-65-5993-102-6. Acesso 19 abr 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf>. Acesso 15 abr 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/chikungunya/chikungunya_manejo_clinico_2017.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/chikungunya/chikungunya_manejo_clinico_2017.pdf/@@download/file/chikungunya_manejo_clinico_2017.pdf)>/@@download/file/chikungunya_manejo_clinico_2017.pdf>. Acesso em 15 abr 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/manual-de-vigilancia-sentinela-de-doencas-neuroinvasivas-por-arbovirus-ministerio-da-saude-2017/>. Acesso 15 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] – 5 ed. – Brasília: 2016. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/>>. Acesso 15 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil, Baseado no livro *Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus*

chikungunya en las américas, Brasília/DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/preparacao-e-resposta-virus-chikungunya-web.pdf>>. Acesso 15 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf>. Acesso 15 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. - 3. ed., rev. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 84 p. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf. Acesso em 22 abr 2022.

COELHO, Giovanini Evelim. Dengue: desafios atuais. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 231-233, set. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 maio 2022. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000300008>.

CONSOLI, R.A.G.B.; OLIVEIRA, R.L. Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 228 p. ISBN 85-85676-03-5.

NOBRE A. et al. Instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* do Brasil. PEAa, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Documento operacional para a execução do manejo integrado de vetores adaptado ao contexto das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2019. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51762>>. Acesso 20 mai 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Tool for diagnosis and care of patients with suspected arboviral disease. Washington, DC: PAHO, 2017. 102 p. E-book. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33895>. Acesso em: 7 abr 2022.

RENAULT, P.; SOLET, J.L.; SISSOKO D.; BALLEYDIER, E.; LARRIEU, S., *et al.* A major epidemic of chikungunya virus infection on Reunion Island, France, 2005-2006. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 77: 727-731, 2007.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES Nº 2.485 de 18 de outubro de 2021, que dispõe sobre a relação de doenças e agravos de notificação compulsória e vigilância sentinela e revoga a Resolução SES Nº 1.864 de 25 de junho de 2019. Disponível em:< <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=422328>>. Acesso 5 mai 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES RJ Nº 1.296, de 18 de novembro de 2015. Estabelece a notificação compulsória imediata de gestantes com síndrome exantemática. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Qw7UdLfGvPk%3d>> Acesso em 20 mai 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels – LCNN. Guia rápido para coleta, transporte e entrega de amostras de biológicas. [recurso eletrônico]. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.saude.rj.gov.br%2Fcomum%2Fcode%2FMostrarArquivo.php%3FC%3DNDY2Mjl%252C>> Acesso 15 mai 2022.

SILVEIRA, N.A.P.R. Distribuição territorial de dengue no município de Niterói, 1996 a 2003. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2007.

TAUIL, P.L. Urbanização e ecologia do dengue. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 17(Suppl): S99-S102, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700018>. Acesso 5 abr 2022.

WHO - World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control - New edition. WHO Library, 2009. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44188/9789241547871_eng.pdf;jsessionid=2499CB95B91A4768C63D0703CDAEAFD4?sequence=1. Acesso 29 Abr 2022.

ANEXO B – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 3.801, DE 14 DE JULHO DE 2016

PACTUA AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO AEDES AEGYPTI, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais, CONSIDERANDO:

- a Portaria no 1378, de 29 de julho de 2014, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências;- as Deliberações CIB-RJ no 2.201, de 09 de maio de 2013 e no 2.976, de 11 de junho de 2014, que aprovam ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;
- a Deliberação CIB-RJ no 3.214, de 10 de novembro de 2014, que pactua as ações para o monitoramento da febre chikungunya no estado do Rio de Janeiro;
- o impacto das epidemias provocadas pelas arboviroses transmitidas pelo Aedes Aegypti, como dengue, chikungunya em zika, nos indicadores de morbimortalidade no estado do Rio de Janeiro;
- a Portaria no 1.813, de 11 de novembro de 2015, que declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil;
- a Portaria Interministerial no 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia;
- a Resolução SES no 1.296, de 18 de novembro de 2015, que estabelece a notificação compulsória imediata de gestantes com síndrome exantemática, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;
- a necessidade do planejamento de ações integradas no combate e controle do Aedes Aegypti e na organização da rede assistencial para prestação de serviço de forma ordenada;
- a CI/VS/SVEA/140/2016; e - a 7ª Reunião Ordinária da CIB, realizada em 14 de julho de 2016, DELIBERA:

Art. 1º - Pactuar a reformulação do Plano de Contingência de Dengue/Chikungunya, devendo o mesmo contemplar, a partir de 2016, as ações de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo Aedes Aegypti e as consequências delas decorrentes.

Art. 2º - Entregar o Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo Aedes Aegypti e as consequências delas decorrentes, após apreciação pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde, à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro até 31 de agosto próximo.

Art. 3º - Contemplar no respectivo Plano de Contingência os quesitos relacionados no Anexo - “Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às

Arboviroses Transmitidas pelo Aedes Aegypti”.

Art. 4o - Os planos continuarão tendo vigência bianual, devendo ser realizada nova entrega em agosto de 2018 (vigência agosto/2018 a julho/2020).

Art. 5o - Esta Deliberação entrará em vigor na de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2016

LUIZ ANTÔNIO DE SOUZA TEIXEIRA JÚNIOR

Presidente

ANEXO

Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*: Plano de 2016 / 2017 - MUNICÍPIO DE

Sub-dimensões	Critério de avaliação	Parâmetros	Contemplado S (SIM) N (NÃO) P (PARCIAL)	Comentários ou observações
	1 - Grupo coordenador	Identifica/Constitui formalmente (s) coordenador (es) do plano		
	2 - Responsáveis pela execução das ações do plano	Identifica os responsáveis pelo desencadeamento das ações propostas de acordo com as áreas de atuação/componentes do Plano		
Aprovação	3 - Aprovação do Plano pelo CMS	Resolução ou cópia de ata de reunião constando a apreciação do plano pelo CMS		
Objetivos e metas	4 - Objetivos do plano descritos de forma clara e concisa	Refere a população-alvo e período de aplicação do plano nos objetivos Descreve os objetivos específicos referentes a todos os componentes do plano		
	5 - Descrição das metas	Metas descritas de forma clara e mensuráveis, para cada componente.		
Análise de risco	6 - Caracterização da situação epidemiológica	Apresenta a análise descritiva dos casos (pessoa, tempo, lugar) Descrver os sorotipos circulantes		
	7 - Caracterização da situação entomológica e ambiental	Descreve a distribuição vetorial e os índices de infestação Descreve os fatores ambientais de interface com os vetores <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> (lixo, água)		
Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros	Contemplado (SIM ou NÃO)	Comentários ou observações
Assistência hospitalar	8 - Hospitais de referência para dengue grave	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência		
	9 - Hospitais de referência para Chikungunya/Zika	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência		
	10 - Leitos existentes e necessários durante período epidêmico	Menciona número de leitos existente e número de leitos necessário para pacientes com Dengue (Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês, geram 1000 hidratações orais, 200 hidratação venosa, 50 internações hospitalares, 8 leitos de clínica médica). Número de leitos necessários para pacientes com Zika / Chikungunya		
	11 - Leitos de UTI (adulto e pediátrico) necessários	Menciona previsão de leitos de UTI. Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês geram 5 internações de UTI (1 leito). Previsão de leitos de UTI para pacientes portadores de Síndrome de Guillain-Barré		
	12 - Centrais de marcação de procedimentos, de leitos ou regulação	Define o fluxo para internação		
	13 - Equipe multiprofissional para atendimento nos hospitais de referência	Define as categorias profissionais e os quantitativos, por setor dos serviços (recepção, emergência, internação, UTI, laboratório) necessários para assistência aos pacientes em períodos epidêmicos, ou os mecanismos a serem utilizados para suprir a necessidade.		
	14 - Realização de exames específicos	Refere fluxo de amostras para o laboratório regional? Ou ainda segue o fluxo para o Lacer? Prevê a garantia dos meios de transporte das amostras ao laboratório de referência		
	15 - Realização de exames inespecíficos	Define os exames disponíveis e o quantitativo para cada agravo.		
	16 - Exames inespecíficos	Normaliza a entrega dos resultados dos exames em tempo máximo, estabelecido pelo protocolo do MS.		
	17 - Laboratórios para exames inespecíficos (hematócrito, plaquetas, etc)	Identifica quais e a localização dos laboratórios e/ou a forma de realização (ex. contratação)		
18 - Estabelecimento de fluxo de atendimento nas unidades de referência identificadas	Existência de critérios, normas e fluxo de atendimento do paciente com Dengue / Chikungunya / Zika, incluindo acolhimento e classificação de risco realizada por profissional de saúde			
19 - Qualidade técnico-científica	Faz referência a adoção dos protocolos do MS para atendimento ao paciente			
Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros	Contemplado (SIM ou NÃO)	Comentários ou observações
Assistência ambulatorial	20 - Serviços de atendimento de casos suspeitos	Identifica as unidades de saúde referência para atendimento do paciente com Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive referência para atendimento 24 horas e finais de semana. Identifica as Unidades de Saúde referência para reabilitação de crianças portadoras de microcefalia Especifica a capacidade de atendimento de pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika e/ou estratégias para ampliação do atendimento em caso de epidemia.		
	21 - Transporte de urgência para os pacientes de maior gravidade.	Define os recursos necessários para garantir a transferência dos pacientes, de acordo com o protocolo vigente		
	22 - Aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos	Previsão de aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos, como soro, impressos, saes de reidratação, antitérmicos, etc.		
23 - Acompanhamentos das gestantes positivas para zika vírus, microcefalia e dos casos de síndrome neurológica pós doença exantemática	Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita			

	Características	Metas e/ou estratégias por indicador		
Vigilância Epidemiológica e Laboratorial	24 - Investigação e acompanhamento da Zika	Estabelece estratégias para investigação de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para investigação de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita Estabelece estratégias para investigação de 100% dos casos de síndrome neurológica pós doença exantemática		
	26 - Investigação de todas as formas graves e óbitos por Dengue/Chikungunya/Zika	Estabelece estratégias para investigação dos óbitos em até 7 dias, conforme pactuado em CIB.		
	26 - Integração da vigilância Epidemiológica estadual e municipal	Refere e descreve a atuação conjunta das vigilâncias para a investigação de casos e óbitos e análise da situação		
	27 - Rotina da vig. epidemiológica durante epidemia	Prevê acompanhamento diário dos casos de Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive de pacientes que apresentarem exantema. Prevê a análise e divulgação periódica da situação epidemiológica		
	28 - Coleta de exames específicos	Define referência para realização dos exames específicos e descreve a capacidade operacional Estabelece os critérios e fluxo para solicitação de exames para sorologia e isolamento viral		
	29 - Integração entre vigilância Epidemiológica e rede laboratorial	Estabelece fluxo de repasse de informação e retroalimentação		
Controle Vetorial	30 - Redução de pendências	Define a(s) estratégia(s) diferenciada(s) que serão adotadas para redução de pendências (imóveis fechados e recusas).		
	31 - Redução da transmissão	Define a estratégia que será adotada na utilização de ultra baixo volume – UBV, ou outra(s) estratégia(s) definidas pelo município para redução da transmissão		
Acompanhamento e avaliação		Descreve a(s) estratégia(s) para eliminação de criadouros Descreve estratégias específicas para controle do vetor nas proximidades dos locais de referência para atendimento aos pacientes. Refere integração entre as ações de redução da transmissão e a situação epidemiológica apresentada pela Vigilância Epidemiológica		
	32 - Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos, material e insumos)	Especifica a necessidade de veículos e equipamentos para realizar as ações de UBV conforme normas do MS, ou outra(s) estratégia(s) a serem utilizadas. Quantidade adequada de veículos, EPI e equipamento costal para as operações de campo		
	33 - Adequação de Recursos Humanos	Refere a disponibilidade de profissionais em quantidade e com capacitação para desenvolver as atividades (visita domiciliar, ações de bloqueio, visitas a pontos estratégicos)		
	34 - Fortalecimento da participação comunitária	Cita plano de mobilização e comunicação social para período epidêmico		
	35 - Elaboração e distribuição de folhetos informativos	Assegura elaboração e distribuição de folhetos informativos sobre controle mecânico de criadouros para a população em geral		
Atenção Básica	36 - Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento	Apresenta a definição de Comitê Intersetorial para monitoramento do plano. Menciona a implantação da Sala de Situação, com definição de periodicidade das reuniões		
	37 - Integração com Programa de controle da dengue	Descreve as atribuições e atividades a serem desenvolvidas pelo PACS /PSF por área de atuação (controle vetorial, vigilância epidemiológica, assistência ao paciente, comunicação e mobilização social)		
Capacitações	38 - Capacidade operacional	Descreve os recursos materiais (equipamentos, medicamentos) na quantidade necessária para atender os pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika conforme os protocolos		
	39 - Garantia dos meios para capacitação dos profissionais de saúde da rede pública e privada (foco nos sinais de alerta)	Prevê capacitações para rede pública e privada (foco nos sinais de alerta) Demonstra garantia dos meios para promover as capacitações Prevê capacitações nas unidades que apresentarem óbitos.		

ANEXO C – DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 6.926, DE 11 DE AGOSTO DE 2022

PUBLICADA NO D.O. DE 15 DE AGOSTO DE 2022

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

ATO DA PRESIDENTE

DELIBERAÇÃO CIB-RJ N.º 6.926 DE 11 DE AGOSTO DE 2022

PACTUA AS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO *Aedes aegypti*, NO ÂMBITO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e;

CONSIDERANDO:

- a Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências;
- as Deliberações CIB-RJ nº 2.201, de 09 de maio de 2013 e nº 2.976, de 11 de junho de 2014, que aprovam ações de prevenção e controle da dengue no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;
- a Deliberação CIB-RJ nº 3.214, de 10 de novembro de 2014, que pactua as ações para o monitoramento da febre chikungunya no estado do Rio de Janeiro;
- o impacto das epidemias provocadas pelas arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como dengue, chikungunya em Zika, nos indicadores de morbimortalidade no estado do Rio de Janeiro;
- a necessidade do planejamento de ações integradas no combate e controle do *Aedes aegypti* e na organização da rede assistencial para prestação de serviço de forma ordenada;
- a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

- a RDC ANVISA nº 36, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 3635 de julho de 2013, que Instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; e

- a Deliberação CIB-RJ nº 3.801, de 14 de julho de 2016, que pactua ações de prevenção e controle das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, no âmbito do estado do Rio de Janeiro;

- a documentação anexada no processo nº SEI-080001/017649/2022;

- a 8ª Reunião Ordinária da CIB-RJ realizada em 11/08/2022.

DELIBERA:

Art. 1º - Pactuar a reformulação do Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes, a partir de 2022.

Art. 2º - Entregar o Plano de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti* e as consequências delas decorrentes à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro até 30 de setembro de 2022.

Art. 3º - Contemplar no respectivo Plano de Contingência os quesitos relacionados no ANEXO I - “Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*”, e ANEXO II – “Plano Estratégico de Ações de Melhoria para Segurança do Paciente (PEAMSP) nos Centros de Hidratação”.

Art. 4º - Os planos continuarão tendo vigência bianual, ou seja, no caso da versão 2022, o mesmo terá vigência de outubro/2022 a setembro/2024, podendo sofrer atualizações caso seja necessário, de acordo com o cenário epidemiológico.

Art. 5º - Esta Deliberação entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2022.

ALEXANDRE O. CHIEPPE

PRESIDENTE

ANEXO I**Quesitos Mínimos para Elaboração dos Planos de Contingência para Enfrentamento às Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*: Plano de XXXX / XXXX - MUNICÍPIO XXXX**

Sub-dimensões	Critério de avaliação	Parâmetros
Responsáveis	1- Grupo coordenador	Identifica/Constitui formalmente (s) coordenador (es) do plano
	2-Responsáveis pela execução das ações do plano	Identifica os responsáveis pelo desencadeamento das ações propostas de acordo com as áreas de atuação/componentes do Plano
Aprovação	3-Aprovação do Plano pelo CMS	Resolução ou cópia de ata de reunião constando a apreciação do plano pelo CMS
Objetivos e metas	4- Objetivos do plano descritos de forma clara e concisa	Refere a população-alvo e período de aplicação do plano nos objetivos Descreve os objetivos específicos referentes a todos os componentes do plano
	5-Descrição das metas	Metas descritas de forma clara e mensuráveis, para cada componente.
Análise de risco	6- Caracterização da situação epidemiológica	Apresenta a análise descritiva dos casos (pessoa, tempo, lugar) Descrever os sorotipos circulantes
	7-Caracterização da situação entomológica e ambiental	Descreve a distribuição vetorial e os índices de infestação Descreve os fatores ambientais de interface com os vetores <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> (lixo, água)

Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros
Assistência hospitalar	8- Hospitais de referência para dengue grave	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência
	9- Hospitais de referência para Chikungunya/Zika	Define o quantitativo e a localização dos hospitais de referência
	10-Leitos existentes e necessários durante período epidêmico	Menciona número de leitos existente e número de leitos necessário para pacientes com Dengue (Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês, geram 1000 hidratações orais, 200 hidratações venosa, 50 internações hospitalares, 8 leitos de clínica médica). Número de leitos necessários para pacientes com Zika / Chikungunya
	11-Leitos de UTI (adulto e pediátrico) necessários	Menciona previsão de leitos de UTI. Utilizar como base de cálculo o seguinte parâmetro: Para cada 1000 pacientes/mês geram 5 internações de UTI (1 leito). Previsão de leitos de UTI para pacientes portadores de Síndrome de Guillain-Barré
	12-Centrais de marcação de procedimentos, de leitos ou regulação	Define o fluxo para internação
	13-Equipe multiprofissional para atendimento nos hospitais de referência	Define as categorias profissionais e os quantitativos, por setor dos serviços (recepção, emergência, internação, UTI, laboratório) necessários para assistência aos pacientes em períodos epidêmicos, ou os mecanismos a serem utilizados para suprir a necessidade.
	14- Realização de exames específicos	Refere fluxo de amostras para o laboratório regional? Ou ainda segue o fluxo para o LACEN?

		Prevê a garantia dos meios de transporte das amostras ao laboratório de referência
	15-Realização de exames inespecíficos	Define os exames disponíveis e o quantitativo para cada agravo.
	16-Exames inespecíficos	Normatiza a entrega dos resultados dos exames em tempo máximo, estabelecido pelo protocolo do MS.
	17- Laboratórios para exames inespecíficos (hematócrito, plaquetas, etc)	Identifica quais e a localização dos laboratórios/ou a forma de realização (ex. contratação)
	18- Estabelecimento de fluxo de atendimento nas unidades de referência identificadas	Existência de critérios, normas e fluxo de atendimento do paciente com Dengue/Chikungunya/Zika, incluindo acolhimento e classificação de risco realizada por profissional de saúde

Sub-dimensões	Crítérios de avaliação	Parâmetros
	19-Qualidade técnico-científica	Faz referência a adoção dos protocolos do MS para atendimento ao paciente e inclui os princípios de segurança do paciente, tendo como sugestão ANEXO II da presente deliberação.
Assistência ambulatorial	20 - Serviços de atendimento de casos suspeitos	Identifica as unidades de saúde referência para atendimento do paciente com Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive referência para atendimento 24 horas e finais de semana. Identifica as Unidades de Saúde referência para reabilitação de crianças portadoras de microcefalia Especifica a capacidade de atendimento de pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika e/ou estratégias para ampliação do atendimento em caso de epidemia. Define os recursos materiais e humanos

		necessários para o atendimento, de acordo com os protocolos estabelecidos,
	21 - Transporte de urgência para os pacientes de maior gravidade.	Define os recursos necessários para garantir a transferência dos pacientes, de acordo com o protocolo vigente.
	22 - Aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos	Previsão de aquisição/disponibilização de medicamentos e insumos, como soro, impressos, sais de reidratação, antitérmicos, etc.
	23 – Acompanhamentos das gestantes positivas para zika vírus, microcefalia e dos casos de síndrome neurológica pós-doença exantemática	Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para acompanhamento de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita.
Vigilância Epidemiológica e Laboratorial	24- Investigação e acompanhamento da Zika	Estabelece estratégias para investigação de 100% das gestantes positivas para Zika Estabelece estratégias para investigação de 100% das crianças nascidas com microcefalia por infecção congênita Estabelece estratégias para investigação de 100% dos casos de síndrome neurológica pós-doença exantemática.
	26- Investigação de todas as formas graves e óbitos por Dengue/Chikungunya/Zika.	Estabelece estratégias para investigação de 100% dos casos graves e óbitos; Estabelece estratégias para investigação dos óbitos em até 7 dias, conforme pactuado em CIB.
	26- Integração da vigilância Epidemiológica estadual e municipal	Refere e descreve a atuação conjunta das vigilâncias para a investigação de casos e óbitos e análise da situação
Sub-dimensões	Critérios de avaliação	Parâmetros
Vigilância Epidemiológica e Laboratorial	27- Rotina da vigilância epidemiológica durante epidemia	Prevê acompanhamento diário dos casos de Dengue/Chikungunya/Zika, inclusive de pacientes que apresentarem exantema.

		Prevê a análise e divulgação periódica da situação epidemiológica
	28- Coleta de exames específicos	Define referência para realização dos exames específicos e descreve a capacidade operacional Estabelece os critérios e fluxo para solicitação de exames para sorologia e isolamento viral
	29- Integração entre vigilância Epidemiológica e rede laboratorial	Estabelece fluxo de repasse de informação e retroalimentação
Controle Vetorial	30 - Redução de pendências	Define a(s) estratégia(s) diferenciada(s) que serão adotadas para redução de pendências (imóveis fechados e recusas).
	31- Redução da transmissão	Define a estratégia que será adotada na utilização de ultra baixo volume – UBV, ou outra(s) estratégia(s) definidas pelo município para redução da transmissão. Descreve a(s) estratégia(s) para eliminação de criadouros Descreve estratégias específicas para controle do vetor nas proximidades dos locais de referência para atendimento aos pacientes. Refere integração entre as ações de redução da transmissão e a situação epidemiológica apresentada pela Vigilância Epidemiológica.
	32- Adequação dos recursos materiais (físico, equipamentos, material e insumos)	Especifica a necessidade de veículos e equipamentos para realizar as ações de UBV conforme normas do MS, ou outra(s) estratégia(s) a serem utilizada(s) Quantidade adequada de veículos, EPI e equipamento costal para as operações de campo
	33 – Adequação de Recursos Humanos	Refere a disponibilidade de profissionais em quantidade e com capacitação para desenvolver as atividades (visita domiciliar, ações de bloqueio, visitas a pontos estratégicos)

	34- Fortalecimento da participação comunitária	Cita plano de mobilização e comunicação social para período epidêmico
	35- Elaboração e distribuição de folhetos informativos	Assegura elaboração e distribuição de folhetos informativos sobre controle mecânico de criadouros para a população em geral

Sub-dimensões	Crterios de avaliação	Parâmetros
Acompanhamento e avaliação	36- Comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento	Apresenta a definição de Comitê Intersetorial para monitoramento do plano. Menciona a implantação da Sala de Situação, com definição de periodicidade das reuniões.
Atenção Básica	37- Integração com Programa de controle da dengue	Descreve as atribuições e atividades a serem desenvolvidas pelo PACS /PSF por área de atuação (controle vetorial, vigilância epidemiológica, assistência ao paciente, comunicação e mobilização social)
	38-Capacidade operacional	Descreve os recursos materiais (equipamentos, medicamentos) na quantidade necessária para atender os pacientes com Dengue/Chikungunya/Zika conforme os protocolos
Capacitações	39- Garantia dos meios para capacitação dos profissionais de saúde da rede pública e privada (foco nos sinais de alerta)	Prevê capacitações para rede pública e privada (foco nos sinais de alerta) Demonstra garantia dos meios para promover as capacitações Prevê capacitações nas unidades que apresentarem óbitos.

ANEXO II:**PLANO ESTRATÉGICO DE AÇÕES DE MELHORIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (PEAMSP) NOS CENTROS DE HIDRATAÇÃO, modelo básico.****DESCRIÇÃO DAS AÇÕES, CONFORME A NECESSIDADE DA RESPOSTA – ASSISTÊNCIA.**

Estratégia de Segurança	Objetivo	Ação	No CH	Responsável
1 Designação de profissional referência ao tema	Atender a inclusão de requisitos fundamentais de segurança do paciente na assistência prestada.	Designar profissional referência local	Publicitar e apoiar profissional referência	SMS
2 Implementação do PEAMSP	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde	Implementar ações com foco na Segurança do Paciente	Incorporar requisitos de segurança do paciente nos CH	Profissional referência designado pela SMS
3 Implementação das práticas seguras	Reduzir incidentes com danos aos pacientes; Melhorar a qualidade da assistência	Elaborar os POPs das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e orientar as equipes	Definir as metas pertinentes, sendo imprescindíveis identificação, higienização de mãos e risco de queda.	Profissional referência designado pela SMS
4 Notificação de Incidentes e Gestão de Risco	Identificar incidentes ocorridos no CH, analisar e propor ações para minimizar a ocorrência de incidentes semelhantes	Elaborar formulário de notificação e sensibilizar equipe/ Receber as notificações, investigar os eventos, e propor ações de melhoria.	Sistema de alerta para notificação ao responsável designado como referência	Definição pelo profissional referência.